



RYHMÄHOIDON VAIKUTUS PÄIHDEASIAK- KAAN AHDISTUKSEN KOKEMUKSEEN

Heli Virtanen

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2013
Ylempi
ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan
koulutusohjelma

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma
Mielenterveys- ja päihdetyö

HELI VIRTANEN:

Ryhmähoidon vaikutus päihdeasiakkaan ahdistuksen kokemukseen

Opinnäytetyö 70 sivua, joista liitteitä 9 sivua
Huhtikuu 2013

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli käynnistää ryhmä ahdistuneille, päihdekuntoutuksessa oleville asiakkaille sekä tarkastella ryhmän vaikutusta heidän ahdistuneisuuteensa. Asiakkaiden kokemuksia kerättiin ahdistuksen, ryhmäkokemuksen sekä niiden haasteiden ja mahdollisuuksien osalta, joita ryhmäprosessissa nousi esille. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Kankaanpään A-kodin peruskuntoutuksessa olevien asiakkaiden kanssa. Aineisto kerättiin asiakkaan ahdistusta ja ryhmätoiminnan kokemuksesta mittaavien kvantitatiivisten mittareiden avulla. Lisäksi kokemuksia tarkasteltiin kvalitatiivisesti sekä avoimia kysymyksiä että tutkimuspäiväkirjaa hyödyntäen. Vastaukset analysoitiin Excel -ohjelmistoa avuksi käyttäen ja avointen kysymysten osalta luokittelemalla aineisto sisällönanalyysin avulla. Kehittämishankkeen tavoitteena oli, että päihdekuntoutuksessa olevat asiakkaat saisivat välineitä ahdistuneisuuden lieventämiseksi sekä elämäntilanteensa parantamiseksi.

Tuloksista kävi ilmi, että ryhmään osallistuneista asiakkaista ahdistus lieveni 41 prosentilla, ahdistuksen kokemus vaihteli 29 prosentilla ja pysyi samana 18 prosentilla. Kokemus ryhmästä vaihteli 50 prosentilla ryhmään osallistuneista ryhmäistuntojen välillä, kaiken kaikkiaan nousi 26 prosentilla sekä pysyi ennallaan 21 prosentilla. Haasteiksi, mutta myös mahdollisuuksiksi muodostuivat ryhmänpaikka, aika, terapeutin rooli sekä ryhmän kiinteys.

Kaikkiaan tietoisuus itsestä ryhmässä vahvistui. Ryhmässä oli myös mahdollisuus oppia myönteisempää ajattelutapaa suhteessa itseen ja sosiaaliseen verkostoon. Ryhmässä auttoivat vertaistuki ja ohjaajat. Kokemusten jakamista ryhmässä pidettiin tärkeänä kuten myös uusien toiminta- ja ajatusmallien oppimista. Tietoisuustaitoharjoitukset koettiin hyödyllisiksi. Edelleen tulisi kehittää ryhmä- ja yksilötyöskentelyn tehostamista sekä nyt kehitetyn mallin hyödyntämistä avopalveluissa. Jatkossa kannattaisi toteuttaa vastaavatyypinen kehittämissanke pidempiaikaisempaa seurantajaksoa hyödyntäen.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree
Master's Degree Programme in Clinical and Expert
Mental health and substance abuse care

HELI VIRTANEN:

Group substance abuse treatment effect customer experience anxiety

Master's thesis 70 pages, appendices 9 pages

April 2013

The purpose of this study was to start target group of customers, who had distress substance abuse rehabilitation to clients and the explore the effect of anxiety group. Customers experiences were collected the anxiety and the experiences of a group. Also, the group process challenges and opportunities examined. The target group was Kankaanpään A-home customers. This study was carried out by measuring the customer's anxiety and group work experience. Further to the analysis of open questions and research contents of the diary. The answers were analyzed by using a excel -programme and the answer for open questions were classified by themes. The aim was that the substance abuse rehabilitation for customers to help alleviate anxiety.

These results suggest that the group of the customer's anxiety eased 41 %, anxiety experience ranged from 29 % and remained the same 28 %. Experience in the group ranged from 50 % group participants, increased by 26 % and remained unchanged 21 %. The challenge and opportunities for groups consisted of place, time and the therapist's role in group cohesion.

The findings indicate that the group was strengthened awareness of self. The group was able to learn more positive way of thinking in relation to oneself, as well as the social environment. Group helped the peer group and the therapist. Exchange of experience, the group was seen as important, as well as new operating models and the thought of learning. Mindful exercises were considered to be useful. In the future, the develop group and individual work, as well as more efficient use of the model developed now and not only in institutional care. Parallel development project could take place in a longer follow up period using the.

Key words: anxiety, group therapy, drugs, peer

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 KOHDEORGANISAATION ESITTELY	8
2.1 Yhteisöllinen kuntoutus.....	9
2.2 Asiakaslähtöinen kuntoutuksen arviointi, suunnittelu ja toteutus (ASTA).....	9
3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	11
4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	12
4.1 Alkoholi ja ahdistuneisuus	12
4.2 Keskeisten käsitteiden määrittely	14
4.2.1 Ahdistuneisuushäiriö	14
4.2.2 Ahdistus	14
4.2.3 Päihdeongelma ja ahdistuneisuus	16
4.2.4 Ryhmähoito.....	17
4.2.5 Vertaistuki.....	21
5 METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT.....	23
5.1 Toimintatutkimus	23
5.2 Aineiston keruu	23
5.2.1 Ahdistuneisuuden mittaaminen.....	23
5.2.2 Ryhmäistunnon arviointimittari	24
5.2.3 Tutkimuspäiväkirja	25
5.3 Analysointi	26
5.3.1 Kvantitatiivisen aineiston analysointi	26
5.3.2 Kvalitatiivisen aineiston analysointi	27
5.4 Kehittämisen prosessin kuvaus	29
6 TULOKSET	31
6.1 Asiakkaan kokemus ahdistuksen tunteesta ryhmän aikana	31
6.1.1 Erilaiset tunteet	32
6.1.2 Vetäytyminen itsestä ja muista	34
6.2 Asiakkaan kokemus ryhmästä	35
6.2.1 Positiivinen kokemus omasta olemisesta ryhmässä.....	37
6.2.2 Negatiivinen kokemus omasta olemisesta ryhmässä	37
6.2.3 Kokemukset ryhmän toteutumisesta	38
6.3. Ryhmäprosessin haasteet ja mahdollisuudet	39
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	43
7.1 Eettisyys	43
7.2 Luotettavuus	46

7.3 Tulosten tarkastelu	49
7.3.1 Asiakkaiden ahdistuksen tunne ryhmän aikana	49
7.3.2 Asiakkaiden kokemus ryhmästä	51
7.3.3 Keskeisiä asioita ryhmäprosessissa	53
7.4 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset	55
LÄHTEET	57
LIITTEET	62
Taulukko 1. Aikaisemmat tutkimukset	62
Liite 2. Toimintatutkimuksen vaiheet	65
Liite 3. Asiakkaan arvio ahdistuksesta –lomake	66
Liite 4. Asiakkaiden kokemukset ahdistuksesta	67
Liite 5. Asiakkaiden kokemukset ryhmätoiminnasta	68
Liite 6. Tiedote ja suostumus ryhmään osallistumisesta	69

1 JOHDANTO

Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan Suomen aikuisväestöstä noin 15 %:lla on vähintään yksi mielenterveydenhäiriö; masennus-, ahdistuneisuus- tai päihdehäiriö. Samanaikaisesta ahdistuneisuushäiriöstä ja masennuksesta kärsii 21 %. (Kansanterveyslaitos 2002.) Usein sosiaalinen ahdistus alkaa nuoruudessa tai jo lapsena. Naisilla se on kaksi kertaa tavallisempaa kuin miehillä. Usein ahdistuneisuushäiriöt ja masennus esiintyvät yhdessä. Masennukseen liittyvät mielikuvat menetyksestä ja vaille jäämisestä voivat sekä tuottaa ahdistusta että olla seurausta elämää kapeuttavasta vaikutuksesta. Päihteidenkäyttö vähentää hetkeksi ahdistusta, mutta lopulta voimistaa sitä. Sosiaalisista peloista kärsivillä jopa 80 %:lla todetaan depressio, paniikkihäiriö, yleistynyt ahdistuneisuus tai päihteidenkäyttöä. (Kajaste 2008, 135–136.) Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisiä, usein uusiutuvia ja kroonistuvia mielenterveydenhäiriöitä, jotka heikentävät elämänlaatua ja toimintakykyä. Niitä hoidetaan erilaisilla psykoterapioilla. (Knekt, Lindfors & Laaksonen 2010, 14.)

Ahdistuneisuus on kivuntyyppinen suoja mekanismi, joka tarvittaessa varoittaa vaarasta, jonka käsitteleminen olisi liian vaikeaa sisäiselle psyykkiselle järjestykselle ja tasapainolle. Ahdistuneisuus on myös oire psyykkisissä sairauksissa, kuten masennuksessa tai alkavassa psykoosissa. Ahdistuneisuudesta kärsivillä asiakkailla on löydetty yhtäläisyyksiä tavassa, jolla he jäsentävät itsensä suhteessa ympäristöön. Tyypillistä on joko ”huolen täyttämä mieli” tai yleinen, määrittelemätön huoli. Yhteydet omiin ajatuksiin ovat vähäiset sekä ristiriitaiset ja ajatuksissa voidaan nähdä turvahakuisuutta sekä tukeutumista toisiin. Ajautuminen kielteiseen tulkintaan ja huoleen omasta selviytymisestä johtaa lopulta välttämiskäyttäytymiseen. (Laine & Ylijukuri 2008, 120–121.)

Päihteistä toipuvien, mutta ahdistuneisuudesta edelleen kärsivien ryhmähoitoa on tutkittu vähän. Ryhmämenetelmien vaikuttavuutta on jonkin verran aikaisemmin tutkittu ja saatu myönteisiä tuloksia tunne-elämän muutosten suhteen (taulukko 1). Kokemusta ryhmähoidon vaikuttavuudesta ahdistuksen kokemukseen on saatu lääkärin psykoanalyttisesta ryhmästä sekä psykiatrisen päiväosaston ryhmästä. Ryhmiin osallistuneiden sosiaaliset pelot lievenivät ja ahdistus väheni sekä kokemus siitä, että muilla oli samoja ongelmia, helpotti. Ahdistuksen kokemuksen takana olivat usein vaikeat elämäkokemukset tai pakkotahtinen työ. (Koivula 2008, 1574–1576.)

Ryhmä- ja yksilöhoito tukevat toisiaan. Ryhmäkokemukset mahdollistavat yksilöhoitosuhteen käynnistymisen silloinkin, kun se ei olisi muuten onnistunut. Ryhmä- ja yksilöhoidon yhdistelmällä on voitu tiivistää asiakkaiden hoito-ohjelmaa hoitotuloksen kärsimättä. (Riihimäki 2008, 1193–1195.)

Lähtökohta ahdistuneen asiakkaan hoidossa on luottamuksellinen hoitosuhde, jossa tavoitteena on lievittää potilaan ahdistusta ja ohjata hänet löytämään uusia selviytymiskeinoja. Tiedon saaminen ahdistuksesta helpottaa asiakasta ja edistää ahdistuksen ymmärtämistä. Asiakas hyötyy tiedosta, että ahdistukseen voidaan vaikuttaa. Ahdistusta lisäävien ajatusten tunnistaminen ja niiden kyseenalaistaminen sekä uusien vaihtoehtoisien ajatusten opetteleminen edistävät ahdistuksenhallintaa. Hoidollisia tekijöitä ryhmässä on ryhmään kuuluminen, avautuminen ja hyväksyntä. Myös samankaltaisuuden kokeminen ja erilaisuuden jakaminen on koettu merkityksellisiksi tekijöiksi. Toisen auttaminen ja toivon löytyminen sekä tiedon jakaminen ovat myös tärkeitä ryhmän hoidollisia tekijöitä. (Kuhanen ym. 2010, 116–224.)

Asiakkaiden ahdistuksen kokemuksia ja ryhmähoidon vaikuttavuutta kokemukseen on tutkittu vähän. Kankaanpään A-kodilla asiakaskyselyn ja retkahduksen ennaltaehkäisyryhmään osallistuneiden asiakkaiden osalta saadun palautteen perusteella on todettu olevan tarvetta ryhmän suunnitteluun ja toteuttamiseen. Tämän opinnäytetyönä tehdyn kehittämishankkeen tarkoituksena oli käynnistää ryhmätoiminta ahdistuksesta kärsiville päihdekuntoutuksessa oleville asiakkaille ja tarkastella ryhmätoiminnan vaikutusta heidän ahdistuneisuuteensa.

Työskenneltyäni pitkään Kankaanpään A-kodissa ja keskusteltuani kuntoutuksessa olevien asiakkaiden kanssa, yhä uudelleen keskustelun painopistealueeksi ovat nousseet asiakkaan kokemat kielteiset ajatukset ja tunteet, niiden tunnistamisen, ilmaisun ja läpi elämisen sekä korjaamisen haasteet. Erityisesti ahdistus, jännitys ja pelko ovat nousseet asiakkaiden kertomuksissa esteiksi toipumiselle ja raitistumiselle. Keskeistä on ollut toive saada apua ahdistukseen ja kokemus, ettei siitä selviä yksin. Kiinnostus ryhmiin sekä niissä tapahtuviin ryhmäilmiöiden tarkasteluun heräsi jo aiemmin oman kouluttautumiseni kautta ryhmäpsykoterapeutiksi. Vuorovaikutus, joka ryhmässä syntyy, on aina ainutlaatuista ja hyvin mielenkiintoista.

2 KOHDEORGANISAATION ESITTELY

Kankaanpään A-koti on Vapaan Alkoholistihuollon Kannatusyhdistys VAK ry:n ylläpitämä päihdekuntoutuslaitos, jonka perustehtävänä on tarjota päihdekuntoutusta naisille, miehille ja perheille. Asiakaspaiikkoja on 48 ja asiakkaat kuntoutuvat kymmenen hengen pienyhteisöissä. Kuntoutusjaksot vaihtelevat muutamasta päivästä vuoteen. Kiinteästi A-kodin yhteydessä toimivat VAK ry:n ylläpitämät A-klinikka Kankaanpäässä ja Mikkelin-yhteisö Mikkelissä. (Vapaan Alkoholistihuollon kannatusyhdistys VAK ry toimintakertomus 2010, 4-8.)

Toiminnalla on pitkä historia. 1950-luvulla kuntoutus A-kodilla koostui pääosin maatalan ylläpidosta ja yksilökeskusteluista. Jo 60-luvulla ryhmätoiminta tuli osaksi ohjelmaa itsehoitoryhmien sekä toverikunnan toiminnan lisäksi. Vuonna 1962 laki päihdeongelmaisten huollosta lisäsi vapaaehtoiseen hoitoon hakeutumisen merkitystä ja kurin sijaan alettiin puhua hoidosta. Yhteisöllinen toiminta A-kodilla alkoi hahmottua 70-luvulla ja samoihin aikoihin henkilökunnan kouluttaminen ja tutkimustoiminta käynnistyi. 80-luvulla perheteroiminta lisääntyi, toimintatiloja laajennettiin ja yksilöllinen kuntoutussuunnitelma otettiin käyttöön. 90-luvulla tutkimustoiminta ja kouluttautuminen tiivistyivät, 3+3 Lohikko aloitti toimintansa. 2000-luvulla intervalli-kuntoutus, 3+3 Joukainen, Onnela ja peruskuntoutuksen perheyhteisö aloittivat toimintansa. Asiakkaat tulevat A-kodille ympäri Suomea ja he ovat eri päihteiden ongelmakäyttäjiä tai heidän läheisiään. (Vapaan Alkoholistihuollon kannatusyhdistys VAK ry toimintakertomus 2010, 4-8.)

Kohdeorganisaationa tässä opinnäytetyössä on Kankaanpään A-koti. Kohderyhmänä on Kankaanpään A-kodin peruskuntoutuksessa olevat asiakkaat, joiden kuntoutuksen painopistealueena kuntoutussuunnitelmassa on psyykinen tila ja toimintakyky sekä tavoitteena ahdistuksen lieventäminen. Peruskuntoutusyhteisöjä ovat perhekuntoutusyhteisö, 4-yhteisö ja 5-yhteisö. 4- ja 5- yhteisöissä on kymmenen asiakaspaiikkaa kummassakin ja perheyhteisössä asiakaspaikat seitsemälle perheelle. Peruskuntoutuksen kuntoutusaika on 4-6 viikkoa ja perhekuntoutuksessa yhdestä kuuteen kuukauteen.

2.1 Yhteisöllinen kuntoutus

Yhteisön käytännöissä toteutuvat perinteiset yhteisöhoidollisille tyypilliset piirteet, kuten säännölliset henkilöstön ja asiakkaiden yhteisökokoukset, vertaisryhmän aktiivinen osallistuminen hoitoon ja kasvatukseen, säännöt ja käytännöt kaikkien yhdessä hyväksymiä, yhteinen vastuu yhteisön toiminnasta, kehittämisestä ja yksilöiden auttamisesta. Yhteisöhoidossa ja –kasvatuksessa on oleellista yhteisten pelisääntöjen hallinta, niihin sitoutuminen sekä käyttäytymisen kontrollointi. (Kaipio & Ruisniemi 2009, 49–50.)

Nuorten päihdeongelmien laitoshoidossa yhteisöhoidolliset mallit ovat yleisiä, vaikka tuloksellisuutta on tutkittu vähän. Asiakkaat ja henkilökunta muodostavat yhteisöhoi-
dossa yhteisön, jonka jokainen jäsen on muutoksen ja oppimisen välittäjä. Hoito-
ohjelma on strukturoitu ja tuloksellisuutta määrittää hoitoaika. (Niemelä 2009, 65.)

2.2 Asiakaslähtöinen kuntoutuksen arviointi, suunnittelu ja toteutus (ASTA)

Asiakastyön lähtökohtana on ASTA -työskentely, joka tarkoittaa asiakaslähtöistä arviointia, suunnittelua ja toteutusta. ASTA -työskentelyssä jokaiselle asiakkaalle tehdään yksilöllinen kuntoutussuunnitelma, jonka tavoitteiden saavuttamiseksi työskennellään erityisesti ryhmissä. Jokaisen asiakkaan henkilökohtaista hyvinvointia ja kuntoutuksen etenemistä arvioidaan viikoittain. Työskentelyn perustana on tieteellisesti tutkittu tieto asiakastyöstä päihderiippuvaisten kanssa. (Vapaan Alkoholistihuollon kannatusyhdistys VAK ry toimintakertomus 2010, 8-18.)

Alkoholin suurkuluttajan kuntoutuksessa on tärkeää asiakkaan motivointi elämäntapa-
muutokseen. Kohti raittiutta tai kohtuukäyttöä pyrkivän muutosprosessin vaihteita on viisi. (Miller 2008, 31–33.) Nämä muutosprosessin vaiheet ovat ASTA -työskentelyn kulmakiviä ja ”punainen lanka”. Ensimmäinen vaihe on esiharkinta, jolloin asiakkaalla ei ole vielä motivaatiota kohtuukäyttöön tai raittiuteen. Toinen vaihe on harkinta, jolloin asiakkaalla esiintyy kiinnostusta vähentää alkoholinkäyttöä. Kolmas vaihe on valmistautuminen, jolloin asiakkaalla on pyrkimyksenä vähentää alkoholinkäyttöä. Seuraava vaihe on toiminta, jolloin asiakkaalla on onnistuneita kokemuksia, kohtuukäyttöä tai raittiita jaksoja. Viimeinen prosessin vaihe on ylläpito, jolloin raittius tai kohtuukäyttö onnistuu ja jolloin pyritään säilyttämään saavutetut edut. (Laaksonen 2009, 92–93.)

Henkilökohtaisen tilanteen tutkiminen johtaa usein intensiivisten emootioiden käsittelemiseen. Ratkaiseva kysymys on kuitenkin se, auttaako emootioiden prosessoiminen muutosmotivaation ja -prosessin syntymisessä. Mikäli asiakkaan ongelmiin liittyy surua, aggressiota tai ahdistuneisuutta, kokemuksen tutkiminen on paikallaan siten, ettei ainoastaan tunteita ”märehditä” vaan keskustelu on syytä pitää fokusoituna muutosmotivaatioon. (Ehrling 2009, 158–159.)

Moniulotteinen arviointi (ASTA) hyödyntää kuutta ulottuvuutta, joiden avulla järjestellään asiakastietoa ja perustetaan sen pohjalle hoidolliset ratkaisut. Dimensiot ovat akuutti päihtymystila ja vieroitusoireet, fyysinen vointi ja toimintakyky, psyykkinen vointi ja toimintakyky, muutosvalmius, retkahdusriski sekä ympäristötekijät. Tässä opinnäytetyönä tehdyssä kehittämishankkeessa tarkastellaan erityisesti kolmatta ulottuvuutta, joka on psyykkinen vointi ja toimintakyky. Se pitää sisällään kognitiiviset, käyttäytymiseen liittyvät ja emotionaaliset häiriöt, jolloin kuntoutuksen aikana arvioidaan sekä hoidetaan kuntoutuksen aikana havaittuja tai piileviä mielenterveyden sairauksia. (Plum 2009, 131.)

3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Kehittämishankkeen tarkoituksena oli käynnistää ryhmätoiminta ahdistuksesta kärsiville päihdekuntoutuksessa oleville asiakkaille ja tarkastella ryhmätoiminnan vaikutusta heidän ahdistuneisuuteensa.

Kehittämishankkeen tehtävät olivat:

1. Mikä on asiakkaan kokemus ahdistuksen tunteesta ryhmän aikana?
2. Miten ryhmään osallistuneet ovat kokeneet ryhmän?
3. Millaisia haasteita ja mahdollisuuksia on ryhmäprosessissa, jossa on ahdistuneita päihdekuntoutuksessa olevia asiakkaita?

Kehittämishankkeen tavoitteena oli, että päihdekuntoutuksessa olevat asiakkaat saisivat välineitä ahdistuneisuuden lieventämiseksi ja hallitsemiseksi. Tavoitteena oli lisäksi vaikuttaa päihteidenkäytön vähentämiseen ja raitistumisajatusten vahvistumiseen sekä elämän laadun paranemiseen.

4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Alkoholi ja ahdistuneisuus

Alkoholin vaikutukset, paitsi yksilöön itseensä, myös hänen sosiaaliseen verkostoonsa ovat merkittäviä paitsi fyysisesti, myös psyykkisesti, sosiaalisesti ja taloudellisesti. Vaikutukset erityisesti yksilön psyykkiseen hyvinvointiin ovat tunne-elämän ongelmien kautta huolestuttavan yleisiä. Psyykkisten ongelmien ja – sairauksien yhteys sekä yleisyys päihteidenkäyttöön on yhä yleisempää ja useampaa koskettava asia yhteiskunnassamme, mutta myös laajemmin Euroopassa. Euroopan alkoholiohjelman mukaan alkoholi on keskeinen kansanterveydellinen huolenaihe Euroopan unionissa, jossa on suhteellisesti eniten alkoholinkäyttäjiä koko maailmassa, suurin alkoholinkulutuksen taso asukasta kohti ja paljon alkoholiin liittyviä ongelmia. Alkoholinkäyttö aiheuttaa 7.4 prosenttia EU:ssa ilmenevistä terveysongelmista ja ennenaikaisista kuolemantapauksista. Seurauksia ovat liikenneonnettomuudet, väkivalta, rikollisuus, perheongelmat, sosiaalinen syrjäytyminen ja työn tuottavuuden heikentyminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.)

Suomessa alkoholinkäyttö on kolmikertaistunut ja arkipäiväistynyt 40 vuodessa. Aikuisväestöstä 90 prosenttia käyttää alkoholia. Alkoholin suurkuluttajia on jopa 600 000. Alkoholiperäiset sairaudet ovat olleet vuodesta 2005 lähtien yleisin työikäisten kuolinsyy. Vuonna 2010 alkoholin kokonaiskulutus oli 44 miljoonaa litraa sataprosenttista alkoholia eli asukasta kohti kymmenen litraa. Kulutustason nousuun on vaikuttanut alkoholijuomien veron alennus vuonna 2004. (Suomen alkoholiohjelma 2008–2011.)

Alkoholisyöty olivat vuonna 2011 suomalaisten työikäisten yleisin kuolemansyy. Alkoholisyihin kuoli 1890 henkilöä vuonna 2011. Työikäisten miesten alkoholiperäiset sairaudet ja alkoholimyrkytykset ovat kaksinkertaistuneet viimeisen 20 vuoden aikana. (Alkoholi tappaa työikäisiä 2013, 4.)

Alkoholia käytetään usein ahdistuksen lieventämiseen ja hallintaan. Helsingin yliopiston tutkija Iiris Hovatta (2011) toteaa, että ahdistus ja pelko ovat normaaleja tunnereaktioita. Mikäli ahdistuneisuus alkaa haitata tavallista arkea ja työtä, se luokitellaan sairaudeksi. Suomen Akatemian rahoittamassa neurotieteen Neuro-tutkimusohjelmassa on ilmennyt, että sairastuminen ahdistushäiriöön saattaa olla perinnöllistä. Ympäristötekijät, kuten stressaavat elämäntilanteet ja stressi saattavat laukaista ahdistuneisuushäiriön etenkin henkilöillä, joilla on perinnöllinen alttius sairastua. Suomessa yleisimmät aivosairaudet ovat masennus, ahdistus ja alkoholismi. Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisempiä mielenterveyden häiriöitä. (Hovatta 2011, 2585.)

Yleistyneestä ahdistuneisuushäiriötä sairastaa 4-7 prosenttia väestöstä. Perusterveydenhuollon potilaista se todetaan noin 10 prosentilla. Se alkaa yleensä nuorena aikuisena ja on yleisempi naisilla. Usein ahdistuneisuushäiriöön liittyy myös toinen psykiatrinen samanaikaissairastavuus; mielialahäiriö 71,6 prosentilla ja masennus 60,9 prosentilla. Sairauteen liittyy jatkuva voimakas huoli monista eri asioista ja se voi peittää kyvyttömyyden olla kosketuksissa hankaliin tunteisiin, jolloin ajatusten pyörittäminen vie huomion pois tunteista. Usein elämä koetaan myös turvattomana ja omat selviytymiskeinot heikkoina. Sairastunut ei ole sisäistänyt kokemusta turvallisesta, rauhoittavasta aikuisesta, jolloin ei myöskään sisäisty kyky itse rauhoittua. (Melartin 2011.)

4.2 Keskeisten käsitteiden määrittely

4.2.1 Ahdistuneisuushäiriö

Ahdistuneisuushäiriöt on jaettu yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön, paniikkihäiriöön, pakko-oireiseen häiriöön, stressireaktioon ja hypokondriaan (Toivio & Nordling 2009, 95). Ahdistuneisuushäiriöt voidaan jakaa myös pelko-oireisiin ahdistuneisuushäiriöihin, muihin ahdistuneisuushäiriöihin, pakko-oireisiin häiriöihin, vakaviin stressireaktioihin, dissosiaatiohäiriöihin ja elimellisoireisiin häiriöihin. Häiriöstä puhutaan, kun se on voimakasta, pitkäkestoista sekä psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä alentavaa. (Melartin 2011.)

Ahdistuneisuushäiriöissä ahdistuskokemukseen liittyy lisäksi voimakasta autonomisen hermoston yliaktivaatiota ja välttämiskäyttäytymistä. Ahdistushäiriöihin kuuluvat paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko, määräkohtaiset pelot, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, pakko-oireinen häiriö ja traumaperäinen stressihäiriö. Näissä ahdistuneisuus ja pelot ovat pitkäaikaisia tai usein toistuvia sekä suhteettomia uhkaan nähden. Usein ne johtavat toimintakykyä ja elämää haittaavaan välttämiskäyttäytymiseen. (Aalto 2010, 187–188.) Ahdistuneisuushäiriöitä yhdistää yksi tärkeä piirre; niihin sisältyy merkittävää ahdistuneisuutta ja ne rajoittavat elämää (Orsillo & Roemer 2012, 63).

4.2.2 Ahdistus

Ahdistus ja pelko ovat normaaleja tunteita pelottavassa tilanteessa mahdollistaen tehokkaan reagoinnin uhkiin. Ahdistuneisuushäiriöissä vireystilaa ylläpitävä säätelyjärjestelmä on häiriintynyt, jolloin ahdistuksesta tulee ylimitoitettua, jatkuvaa ja toimintakykyä haittaavaa. Kun ahdistuneen stressinsietokyky alenee ja pitkittyy se vähentää aivojen muovautumiskykyä. Ahdistus on tunteena varsin epäspesifinen. (Hovatta 2011.) Tavanomainen lievä ahdistuneisuus on normaali tunne-elämään kuuluva asia. Myös voimakas ahdistuneisuus voi olla normaali ilmiö, jos se on reaktio poikkeukselliseen uhkaan ja pelon aiheuttajaan. (Aalto 2010, 187.) Ahdistus eroaa monella tapaa pelosta. Ahdistus on enemmän sisäinen ilmiö. Se on usein reaktio johonkin epämääräiseen, etäiseen tai jopa tunnistamattomaan vaaraan. (Bourne 1995, 6.)

Koska ahdistus on pääasiassa asioiden ennakointia, koettu uhka liittyy usein tulevaisuuteen. Fyysisesti ahdistus saattaa ilmetä kroonisena jännityksenä tai kiihtymyksenä, jonka tarkoituksena on varuillaanolo. Kun opitaan tunnistamaan pelko ja ahdistus toisistaan, on myös mahdollisuus oppia reagoimaan niihin asianmukaisella tavalla. Tässä tietoinen läsnäolo voi olla avuksi. (Orsillo & Roemer 2012, 48–51.) Pelko ja ahdistus johtuvat reaktioistamme tunteisiin sekä niistä ajatuksista, tuntemuksista ja mielikuvista, joita niihin liittyy. Tietoisuustaidoilla voimme korvata itsekritiikin myötätunnolla. Keskeistä on kokemuksen huomioiminen laajasti ja myötätuntoisesti. (Orsillo & Roemer 2012, 111–113.)

Ahdistuneisuuden tunteella tarkoitetaan sisäistä jännitystä, levottomuuden, kauhun tai paniikin tunnetta. Ahdistuneisuutta voisi luonnehtia peloksi ilman todellista ulkoista vaaraa. Ahdistuneisuuteen sisältyy autonomisen hermoston aktivoitumisen oireet ja välttämiskäyttäytyminen. Ahdistuneisuushäiriöt ovat kaikkein yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä. (Isometsä 2006, 223.) Ahdistus on sisäisen jännityksen, levottomuuden, kauhun ja paniikin omainen tunne. Kokemuksena se on pelon kaltainen tunnetila (Mellartin 2011).

Psykoanalyttisessa ajattelussa ahdistus merkitsee ihmisen psyykkisen kehityksen käännekohtaa, jossa se voi toimia joko kehittymistä tukahduttavana tai sitä käynnistävänä ja eteenpäin vievänä voimana. Kumpi näistä voittaa, riippuu ihmisen kyvystä sietää ahdistuksen tunnetta ja pysähtyä tutkimaan ahdistavaa kokemustaan. Psykoanalyysi pitää ahdistusta sisäisten ristiriitojen ilmentymänä. (Keski-Luopa 2011, 265–277.)

Ahdistus on tunnistettu ihmisen kiusalliseksi seuralaiseksi kauan. Primitiivisemmissä kulttuureissa sitä on pidetty syyllisyyden merkinä ja kristillisessä maailmassa se on tulkittu perisynnin ilmaukseksi. Modernin ajan medikalisoituneessa valtakulttuurissa sitä pidetään helposti sairauden oireena, josta pyritään eroon lääketieteellisin keinoin. Filosofiasa ahdistus nähdään ihmisen olemassaoloa ontologisesti ja rakenteellisesti määrittävänä tekijänä, josta ei voi kokonaan päästä eroon. (Keski-Luopa 2011, 277.)

Usein ahdistunut henkilö ei pysty täsmällisesti sanomaan, mistä on ahdistunut. Ahdistus on sekä fysiologinen että psykologinen reaktio ja ilmenee myös käyttäytymisessä. Toipumisen tähtäävän ohjelman tulee vähentää fysiologista reaktioherkkyyttä, poistaa välttämiskäyttäytymistä sekä muuttaa sisäistä puhetta. (Bourne 1995, 6.)

Murehtiminen ei itsessään aiheuta ahdistusta, vaan kielteinen reagointi tunteisiin. Kriittiset arvioinnit ja reaktiot lisäävät ahdistuksen ilmaantuvuutta sekä voimakkuutta. (Orsillo & Roemer 2012, 223–229.) Itsensä määrittäminen ainoastaan tunteiden pohjalta on kapeuttavaa. Tunteet ovat erillisiä, ohimeneviä kokemuksia, kuten myös ajatuksemme. Murehtiminen on tapa yrittää ratkoa elämän ratkaisemattomia ongelmia ajattelun voimalla. (Orsillo & Roemer 2012, 268–272.)

Tietyissä tunnevirityksessä ihminen huomioi, muistaa ja tulkitsee asioita vallitsevan tunteisäyden suuntaisesti ja sitä vahvistavasti. Tunteet ja tiedon prosessointi toimivat yhdessä ja ovat kietoutuneet toisiinsa vaikeasti erotettavalla tavalla. Ahdistunut havaitsee sen, mitä ei usko pystyvänsä välttämään ja sen, minkä kokee edessään uhkaavaksi tai mahdolliseksi selvittää. (Kalska 2012, 259.)

4.2.3 Päihdeongelma ja ahdistuneisuus

Väestötutkimuksissa on todettu, että alkoholiriippuvaisilla esiintyy muuta väestöä enemmän ahdistuneisuutta. Psykkiset oireet ovat alkoholin ongelmakäyttäjillä joko alkoholin aiheuttamia tai siitä riippumattomia sairauksia. Ensimmäinen hoitotavoite on lopettaa alkoholinkäyttö. Jos oireet jatkuvat, puhutaan kaksoisdiagnoosista. Alkoholi voi lyhytaikaisesti helpottaa ahdistuneisuuteen liittyviä oireita. Se voi myös aiheuttaa tai pahentaa ahdistuneisuusoireita. Runsaan alkoholinkäytön aiheuttamia ahdistuneisuusoireita voi esiintyä useiden viikkojen ajan lopetuksen jälkeen. (Aalto 2010, 183–188.) Ilomäki tutki (2012) väitöskirjassaan päihdehäiriöiden komorbiditeettia, ajallisuutta ja sosiodemografista taustaa psykiatrisessa osastohoidossa olevilla alaikäisillä nuorilla. Päihderiippuvaisilla nuorilla yleisimpiä häiriöitä olivat masennus- ja pelkohäiriöt. Pelko- ja käytöshäiriöt ilmenivät yleensä ajallisesti ennen alkoholi- ja huumeriippuvuutta. Pelkohäiriöt vaikuttivat päihderiippuvuuden kehittymiseen mahdollisesti jo muutamien vuosien kuluessa pelkohäiriöiden ilmenemisestä. Löydösten perusteella psykiatrisella sairastavuudella on merkittävä rooli päihdehäiriön kehittämisessä jo nuoruusiällä. (Ilomäki 2012, 5.) Niemelä (1999) on jakanut ihmisen olemassaolon kolmeen perusolemusmuotoon; fyysiseen, psyykkiseen ja henkiseen. Toimimalla vastoin olemusmuotojaan, ihminen särkee persoonallisuuden tasapainon. Samalla hän antaa vallan intohimolle, pelolle ja ahdistukselle. Pikkuhiljaa itsehillintä heikkenee ja pakko korvaa vapauden. Tässä on riippuvuuden keskeisin ulottuvuus. (Niemelä 1999, 37–45.)

Epäjohdonmukaiset maailmankatsomukset ja normien ristiriidat vaikuttavat siihen, että ihmisten on opittava luomaan omia merkityksiään ja moraalisääntöjään. Pysyvyyden ja jatkuvuuden tunne heikentyy ja niin riippuvuusongelmat kuin ahdistuneisuushäiriöt ovat eräs seuraus heikentyneestä kyvystä selviytyä muutosten stressistä. (Bourne 1995, 3-4.)

Kognitiivinen terapia on hyödyllinen, kun nuorella on tunnesäätelyn lisäksi esimerkiksi päihdeongelma (Laukkanen 2012, 1055). Varhaisessa aikuisiässä tavallisin liitännäissairaus on haitallinen alkoholinkäyttö. Aktiivisella hoidolla nuoruusiän aikana voidaan estää päihteidenkäyttö. (Ranta, Kaltiala-Heino & Marttunen 2011, 261–268.) Kaksoisdiagnoosiasiakkaan palvelutarpeen määrittämistä asiakasnäkökulmasta on pohtinut opinnäytetyössään Jäntti (2011). Tuloksista kävi ilmi, että yhtäaikaisia päihde- ja mielenterveysongelmia pitäisi lähestyä asiakkaan omista ongelmista käsin. Hoidon tulisi olla yksilöllistä ja molempia ongelmia tulisi hoitaa yhtäaikaaisesti, koska usein ne ovat kytköksissä toisiinsa. Asiakkaalle on tärkeää tuntea tulevansa kuulluksi ja työntekijän tulisi suhtautua asiakkaan kertomaan sekä näkökulmaan huolellisesti. Myös oma motivaatio ja hoitoon sitoutuminen ovat tärkeitä hoidon onnistumisen kannalta. (Jäntti 2011, 55–57.)

4.2.4 Ryhmähoito

Aaltosen ym. (2009) mukaan ryhmäpsykoterapia on tuloksellinen ja taloudellinen hoitomenetelmä depression ja ahdistuksen hoitoon nuorilla ja aikuisilla sekä avo- että laitoshoidossa. Ryhmäpsykoterapiat soveltuvat erityisesti henkilöille, jotka vetäytyvät sosiaalisista kontakteista ihmissuhde- ja tunneilmaisuvaikeuksien vuoksi. Ryhmässä on mahdollisuus samaistua ja jakaa yhteisiä kokemuksia, oppia uusia reaktiomalleja sekä peilata varhaisia suhteita ja saada vertaistukea. Tunne-elämän on mahdollisuus kehittyä ja omia sisäisiä konflikteja on mahdollisuus käsitellä ryhmässä syntyvissä vuorovaikutustilanteissa. Minän on mahdollisuus vahvistua ja oivallus omista reaktioista tulee tietoisemmaksi. Hoitomuodossa on merkitystä ryhmäterapeutin ohjauksella ja ryhmän toisten jäsenten antamalla vertaistuellalla. (Aaltonen ym. 2009, 1789–1790.) Tunteet, ajattelu ja toiminta kietoutuvat toisiinsa ja muutos yhdellä alueella sysää eteenpäin muutoksia toisella alueella. Turvalliseksi koetussa ryhmässä ja vertaistuen avulla voi olla helpompaa kokeilla uudenlaisia tapoja ja altistaa itsensä jännittäväksi koetulle tilanteelle. (Kunttu, Martin & Almonkari 2006, 4586–4587.)

Sosiaalisten tilanteiden pelon ryhmähoitoa ryhmään osallistuneiden ja ryhmänvetäjien kokemuksina on tutkinut myös Miettinen (2008). Ryhmään osallistuneet hyötyivät ryhmästä ja elämänlaatu oli parantunut kaikilla ryhmään osallistuneilla. Ahdistus oli vähentynyt yhtä osallistujaa lukuun ottamatta. Pelot ja välttämiskäyttäytyminen vähenivät kaikilla. Kuuden kuukauden kuluttua ryhmän käynnistymisestä ahdistuksen tunne oli lieventynyt kaikilla osallistuneilla ja vertaistuesta oli saatu voimaa arkeen. Ryhmän kautta oli saatu uusia ratkaisumalleja ja uskallusta kokeilla uusia asioita ja haastavia tilanteita. Lisäksi ymmärrys omista tunteista ja käyttäytymisestä vahvistui. Kokemus siitä, etteivät ryhmään osallistuneet olleet yksin kokemustensa kanssa, voimistui. (Miettinen 2008, 50–53.)

Ryhmä elää yksilössä, siis jäsenissä, ja yksilö ryhmässä. Terapiaryhmässä joukko ihmisiä tutkii keskinäistä vuorovaikutusta. Ryhmän tehtävänä on niiden tunnistaminen ja muutoksen aikaansaaminen. (Salminen 1999, 37–44.) Ryhmässä opetellaan tunnistamaan ajatuksia ja tapahtumia sekä tutkitaan yrityksiä hallita huolta sekä välttämiskäyttäytymistä (Holmberg & Kähkönen 2009, 1954). Vuonna 2011 tehdyssä tutkimuksessa vertailtiin kahta avohoidon potilasryhmää ja heidän reagointiaan kognitiiviseen ryhmäterapiaan. Ensimmäisen ryhmän potilailla oli masennus ja toisen ryhmän potilailla sekä masennus että ahdistuneisuushäiriö. Tutkijoiden mukaan muutos oireiden suhteen oli nopeinta hoidon alussa. Tämä näkyi erityisesti ryhmässä, joilla oli sekä masennus että ahdistuneisuushäiriö. Ryhmähoito koettiin hyödylliseksi ja sosiaalisissa tilanteissa tapahtui emotionaalista prosessointia eli altistumista. Hoitotulokseen vaikutti suhde terapeuttiin ja ryhmän jäseniin. Jos allianssi ei ollut vahva, se vaikutti heikentävästi sosiaalisiin pelkoihin ja motivaatioon. Voimakkaasti ahdistuneilla oli pelko terapeutin hylkäämisestä. Diagnosoitu ahdistuneisuushäiriö ennusti parempaa tulosta ryhmähoidosta. Tätä tuki terapeutin sosiaalistuminen. (Kashdan & Roberts 2011, 881–882.) Psykoterapeuttisessa ryhmähoidossa on hyvä ottaa huomioon rauhoittava läsnäolo ja yksinkertaiset kuvaukset sekä tulkinnat. Pysäyttäminen ja keskittyminen hengitykseen voivat myös auttaa terapeuttisesti. (Kalska 2012, 261.)

Hoidollisia tekijöitä ryhmässä ovat ryhmään kuuluminen, avautuminen ja hyväksyntä. Ryhmään kuulumisen tunne muokkautuu ryhmän kehitysvaiheiden ja ryhmän jäsenten sosiaalisten taitojen mukaan. Ryhmässä hoitaa myös samankaltaisuuden ja erilaisuuden jakaminen sekä toisen auttaminen ja toivon löytyminen. (Kuhanen ym. 2010, 116.) Ahdistusta on hyvä hoitaa ryhmässä. Se altistaa sosiaalisille tilanteille ja muokkaa vääriä uskomuksia, jotka liittyvät nolatuksi ja hylätyksi tulemisen pelkoon. (Bourne 1995, 4–11.) Nikkola (2011) on tutkinut oppimisen esteitä ja mahdollisuuksia ryhmässä. Hän pohti ryhmäilmiöitä ja niiden ymmärtämistä. Nikkola rajasi ilmiöiden tutkimisen syyllisyyden ja syyllistämisen problematiikkaan ja tarkasteli tätä opettajaksi opiskelevien ryhmässä yhden lukuvuoden aikana. Tutkija kuvasi psyykkisiä yksilöprosesseja ja niiden pohjalta syntyviä ryhmäilmiöitä. Nikkolan tutkimuksen mukaan kykenemättömyys vaikeiden tai epämiellyttävien tunteiden käsittelyyn ryhmässä nostaa esiin suojaavia käyttäytymismalleja, joiden tiedostaminen on usein heikkoa. Oman ahdistuksen vangiksi voi jäädä, mikäli ei suostu kokemuksellisesti korjaamaan ja käsittelemään itsessä syntyviä käyttäytymismalleja. (Nikkola 2011, 184–187.)

Lyhytkestoisen ryhmän kiinteytymistä auttaa ryhmän jäsenten yhteinen problematiikka. Se vastaa työliittoa yksilöhoidossa. Vahva ryhmätunne on eräs luotettavimmista myönteisistä ennusteista ryhmän tavoitteiden saavuttamiseksi. Jäsen on valmis samaistumaan muihin ryhmän jäseniin ja ohjaajiin. Ryhmällä tulee olla selkeä tavoite, jonka pohjalta ryhmän jäsenet valitaan. Tavoitteena voi olla oireiden helpottaminen, tunne-elämän tasapainon saavuttaminen, kyky selviytyä sosiaalisissa tilanteissa tai saada oivallusta suhteessa itseensä ja ihmissuhteisiinsa. (Kajamaa 2005, 360–363.) Lyhytkestoiset ryhmäpsykoterapiat ovat hyödyllisiä ja estävät masennuksen muuttumista pitkäaikaiseksi sairaudeksi. Äkillinen traumaattinen tilanne saattaa hoitamattomana johtaa toimintakyvyn lamaantumiseen sekä vetäytymiseen yksinäisyyteen, jolloin sureminen estyy psyyken kuormittuessa. (Aaltonen ym. 2009, 1790.) Lyhyt ryhmämuotoinen interventio saat-
taa kääntää kehityksen myönteiseen suuntaan, joskus tarvitaan pitkäkestoista ryhmäpsykoterapiaa. Pidemmässä terapiassa on mahdollisuus käsitellä perusteellisemmin altistaneita tekijöitä, elämänhistoriaa ja minä kokemuksen rakentumista. Pää tavoite ryhmässä on itsearvostuksen ja hyväksynnän lisääminen. (Kunttu ym. 2006, 4586–4587.)

Klemelä (2005) kuvaa Wilfred R. Bionin metodia nähdä ryhmä kokonaisuutena ja havaita ryhmädynamiikan perusjännite, luovan ja henkisesti kasvavan ryhmärakenteen sekä toisaalta tiedostamattomasti suojaautuvan ryhmärakenteen välillä. Ryhmällä on aina jokin tehtävä. Se on työryhmä, kun sen jäsenet ovat kontaktissa samanaikaisesti sekä toisiinsa että koko ryhmään, pystyvät havainnoimaan ryhmän dynamiikkaa, säilyttämään itseensä erilaisia tunnekokemuksia ja välittämään niitä toisille. Yhdestä näkökulmasta ryhmä on nähtävissä psyykkistä työtä tekevänä kokonaisuutena, toisaalta se näyttää vastuuuttomana, defensiivisenä ja vaistomaisesti vietti-impulssiensa mukaan tunteitaan purkavana ryhmänä. (Klemelä 2005, 31–32.)

Ryhmäilmiö muodostuu yksilöllisistä, ympäristöstä tulevista ja ryhmädynamiikan tuottamista vaikutteista ryhmätilanteisiin. Se syntyy, kun useat ihmiset ovat vuorovaikutuksessa keskenään samassa tilanteessa. Jokaisen omiin kokemuksiin perustuvat tulkinnat poikkeavat toisistaan ja tilanne näyttäytyy kullekin erilaisena. Vaikutteet ovat dynaamisessa riippuvuussuhteessa toisiinsa. Ryhmäilmiön ymmärtämiseksi on tarkasteltava ryhmää yksilön, ryhmän ympäristön ja ryhmädynamiikan näkökulmista. Ryhmädynamiikan ymmärtäminen edellyttää sen tutkimista, mikä kussakin tilanteessa on erityistä. Päähuomio on yksilöiden toiminnassa tilanteessa. (Jauhiainen & Eskola 2000, 37.)

Ryhmällä on tiettyjä sääntöjä, joiden mukaan se toimii. Ryhmällä on tarkoitus, säännöt, koko, työnjako, roolit, johtajuus ja vuorovaikutus. Rakennetekijät määräytyvät sen mukaan, millainen ja kenelle suunnattu ryhmä on kyseessä. Ryhmäkoko vaikuttaa ryhmädynamiikkaan. (Salminen 1997, 13.)

Ryhmä voidaan pitää avoimena, suljettuna tai täydentyvänä. Avoimeen ryhmään voi mennä mukaan kuka vain ja milloin vain, kun taas suljettu ryhmä kokoontuu ennalta määrätyn ajan eikä se ota käynnistymisensä jälkeen uusia jäseniä mukaan. Ryhmästä tiedotetaan etukäteen siihen sopiville henkilöille. Suljetun ryhmän etuna on, että siinä voidaan rakentaa syvempi luottamuksellisuuden taso, kun ryhmän jäsenet sitoutuvat ryhmään eivätkä henkilöt vaihdu. Täydentyvään ryhmään pääsee mukaan, kun ryhmän jäsen jättää ryhmän ja tilalle tarvitaan uusia jäseniä, jotta ryhmän toiminta voisi jatkua. (Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto 2006–2007.)

Ryhmähoitoistunto voi alkaa tutustumisella, jonka jälkeen on mahdollisuus keskustellen kartoittaa ryhmään osallistuvien odotukset, tavoitteet sekä kertoa ryhmän toimintaperiaatteet. Sisällöllisesti tärkeää on antaa tietoa ahdistusoireista ja – tilanteista, ahdistuksen ilmenemismuodoista sekä ahdistukseen vaikuttavista taustatekijöistä. Ryhmässä on mahdollisuus tutkia minäkuvan ja ihannekuvan ristiriitaa sekä negatiivisen minäkuvan vaikutusta itseluottamukseen. Ryhmäistunnossa voi myös pohtia, miten omat ajatukset, mielikuvat, tunteet ja oireet sekä toiminta liittyvät toisiinsa sekä etsiä vaihtoehtoisia selviytymiskeinoja. Muutostyötä tukevat vuorovaikutussuhteiden tarkastelu ryhmässä ja omassa elämässä. Ryhmään voi liittää rentoutumisen ja stressinhallinnan harjoittelua esimerkiksi hengitys- ja mielikuvaharjoitusten avulla. (Kunttu ym. 2006, 4587.) Stenmanin (2011) pro gradu tutkielmassa ”Kuljit kanssani syvimpiin vesiin” pohdittiin depressioasiakkaan psykodynaamisen musiikkiterapiaprosessin merkittäviä tekijöitä. Tutkimuksessa kuvattiin pitkän terapiaprosessin vaiheita ja tarkasteltiin sen merkittävimpiä hetkiä. Tutkimus selvitti, minkälaiset tekijät edistävät asiakkaan tunteiden käsittelyä ja mikä merkitys niillä on depressiosta toipumisessa. Merkittäviksi tekijöiksi tutkimuksen mukaan osoittautuivat vääristyneen ympäristön tulkinnan korjaaminen, kokemuksellisuus ja kuulluksi tuleminen sekä tunteiden tunnistamisen, säätelyn sekä käsittelemisen muutos ja integroituminen osaksi persoonallisuutta. Terapeutin näkökulmasta keskeistä oli luottamuksen ja turvallisuuden lisäksi tunteiden prosessoinnin ohjaaminen ja terapeutisena apuminä toimiminen. Myös musiikin kuuntelu tunteiden esille nostajana ja säätelijänä nousi esille. (Stenman 2011, 56–57.)

4.2.5 Vertaistuki

Whiten (2004) mukaan näkyvin vertaistuen toimija on Alcoholics Anonymous (AA; Nimettömät alkoholistit), vaikka se historiallisesti ei ole ensimmäinen raittiuden ja kohtuukäytön ympärille rakentunut vertaistukiliike. Sen tavoitteena on, että jäsenet kokoontuvat yhteisen ongelman yhdistäminä, pyrkimyksenä lopettaa juominen ja pysyä raittina. Lähtökohtana on, että mahdollisuus kohtuukäyttöön suljetaan pois. Myös A-kiltatoiminta on eräs esimerkki päihitteettömyyttä tukevasta vertaistukitoiminnasta.

Se on saanut alkunsa A-klinikan asiakasyhdistyksestä. Kansainvälisesti vertaistuen toimijoita on paljon. (White 2004, 532–536.)

Zemoren, Kaskutasin & Ammonin (2004) mukaan AA on vertaistukiliike, jonka tavoitteena on kokoontua samassa tilanteessa ja yhteisen ongelman äärellä olevien kanssa. Ryhmään osallistuvien pyrkimyksenä on lopettaa juominen ja pysyä raittiina vertaistuen avulla. Tarkoituksena on saada tukea itselle ja auttaa muita. Avun tarjoaminen vahvistaa myös omaa raittiutta. (Zemore, Kaskutas & Ammon 2004, 1019–1020.)

Mikkosen (1996) mukaan tyypillistä vertaistukiryhmille on yhteisen kokemuksen jakaminen, jolloin vastavuoroisuus ryhmän jäsenten kesken korostuu. Vertaisryhmissä on helppo ymmärtää toistensa taustoja ja tilanteita, koska muut ovat kokeneet samankaltaisia asioita. Vertaistukiryhmiin osallistuvat tähtäävät jokapäiväisestä elämästä selviytymiseen ja antavat konkreettisia neuvoja. (Mikkonen 1996, 217–220.) Alkoholistista toipumisen reittejä on tutkinut Kuusisto (2010). Hän vertaili toipumista henkilöillä, jotka olivat hyödyntäneet joko ammatillista hoitoa, vertaistukea tai selviytyneet ilman professionaalista hoitoa. Tutkimuksen mukaan tie alkoholin ongelmakäytöstä toipumiseen nähdään yhä useammin prosessina ja tapoja toipua on lukuisia. Toipumisreittiä ei yleensä pysty ennakoimaan riippuvuuden eli addiktion aiheuttaneiden syiden perusteella, vaan väylä valikoituu ongelmakäytön aikana. Tuki päihteettömyyteen oli löytynyt joko vertaisryhmästä, ammattiavusta tai omasta itsestä. Yhteistä kaikille toipujille oli pitkään jatkunut negatiivisten asioiden kertyminen. Addiktiosta pystyi usein irrottautumaan vasta, kun muut elämykset palkitsivat päihteenkäyttöä enemmän eli päihteenkäytön haitat kasvoivat hyötyjä suuremmiksi. Vertaistuen avulla raitistuneelle, vähittäinen muutos oli tyypillisempää. Keskeisintä toipumisreitin valinnassa oli kuitenkin päihdeongelman vaikeus eli kuinka kyvytön ihminen oli hallitsemaan juomistaan. (Kuusisto 2010, 271–276.)

Ryhmässä saatu vertaistuki koetaan usein tärkeimpänä asiana. Vertaistukiryhmissä jännitystä aiheuttavia tilanteita voidaan harjoitella ja peloista sekä koetuista vaatimuksista keskustella turvallisessa ilmapiirissä. Työskentelyssä käytetään myös rentoutus- ja hengitysharjoituksia, mielikuvaharjoituksia ja kognitiivisia menetelmiä. Osallistujat saavat välineitä itsensä rauhoitteluun ahdistuneena ja valmiuksia itsensä ilmaisuun. Ryhmässä uusien positiivisten kokemusten myötä käsitys itsestä muuttuu myönteisempään suuntaan. Ryhmätoiminnan onnistumisen kannalta on tärkeää, että ryhmän jäsenet valikoituvat ryhmiin ongelmien määrän ja oireiden voimakkuuden perusteella. (Kunttu ym. 2006, 4587.)

5 METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

5.1 Toimintatutkimus

Toimintatutkimuksessa tuotetaan tietoa käytännön kehittämiseksi, tutkitaan ihmisten toimintaa sekä kehitetään käytäntöjä entistä paremmiksi. Se kohdistuu erityisesti sosiaaliseen ja vuorovaikutukseen pohjautuvaan toimintaan. Toimintatutkimus on yleensä rajattu kehittämisprojekti, jolla on kehitetty esimerkiksi päihdeongelmaisten ohjausta. Pienimuotoisimmillaan toimintatutkimus on oman työn kehittämistä. Tutkija osallistuu tutkimaansa toimintaan tehden tutkimuskohteessa tarkoitukselliseen muutokseen tähtäävän väliintulon. (Heikkinen 2010, 16–19.) Toimintatutkimus on tutkimuksellinen lähestymistapa, jolla teoretietoa sekä käytännön kokemuksellista tietoa yhdistämällä pyritään ratkaisemaan toiminnallisessa yhteisössä ilmeneviä ongelmia ja saamaan aikaan muutosta. Tutkija ja kohdeyhteisön jäsenet toimivat tutkimusprosessin ajan kiinteässä vuorovaikutuksessa. (Lauri 1998, 114.) Tämä opinnäytetyö oli kehittämishanke, jonka tarkoituksena oli uuden ahdistuksenhallintaryhmän kehittäminen Kankaanpään A-kodille toimintatutkimuksellisella otteella. Kehittämistoiminnan aikana selvitettiin asiakkaiden kokemuksia ja näistä saatua tietoa käytettiin toiminnan edelleen kehittämiseen (liite 2).

5.2 Aineiston keruu

5.2.1 Ahdistuneisuuden mittaaminen

Aluksi jokaisen asiakkaan kanssa kartoitettiin hänen lähtötilanteensa siten, että keskustellen yhdessä asiakkaan kanssa arvioitiin hänen kuntoutuksensa painopistealue sekä tavoitteet kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa. Mikäli kuntoutuksen painopistealueeksi muodostui psyykkinen tila ja toimintakyky sekä tavoitteeksi esimerkiksi saada selviytymiskeinoja ahdistuksenhallintaan, jännitykseen tai masennukseen, ehdotettiin hänelle mahdollisuutta osallistua ahdistuksenhallintaryhmään. Jos asiakas oli halukas osallistumaan ryhmään, annettiin hänelle täytettäväksi janamittari Asiakkaan kokemus ahdistuksesta. Se antoi tietoa lähtötilanteen ahdistuksen voimakkuudesta. Janamittarin laati tekijä ja se oli Ryhmätoiminnan arvio (SRS) – mittarin tyyppinen. (Plum 2009, 135–136.)

Lomakkeessa oli myös yksi avokysymys, johon asiakkaalla oli mahdollisuus kertoa muutamalla sanalla ahdistuksen kokemuksestaan jokaisen ryhmäistunnon päätyttyä (liite 3). Ryhmä rakentui neljästä eri istuntokokonaisuudesta, mutta halutessaan asiakas sai osallistua niin moneen ryhmäistuntoon kuin halusi. Ensimmäisen ryhmäistunnon jälkeen asiakas sai täytettäväkseen jälleen janamittarin Asiakkaan kokemus ahdistuksesta sekä toisen janamittarin ryhmätoiminnan arvioimiseksi. Näin jatkettiin kaikkien niiden ryhmäistuntojen osalta, joihin asiakas osallistui. Opinnäytetyön aineiston osalta arviot kerättiin syys-marraskuun 2012 aikana.

Aineisto analysoitiin siten, että Asiakkaan kokemus ahdistuksesta janamittareita vertailtiin toisiinsa kaikkien niiden ryhmäistuntojen osalta, joihin asiakas osallistui. Tämä tarkoitti sitä, että janamittareista vertailtiin annettuja pisteitä toisiinsa ja saatiin siten tietoa muutoksesta. Mittarin asteikko oli nollasta (alin) kymmeneen (korkein). Nolla kuvasi mittaristossa ”ei lainkaan ahdistusta” ja kymmenen kertoi ”äärimmäisestä ahdistuksesta”. Ryhmätoiminnan arvio (SRS)-lomakkeen vastausten osalta suoritettiin samanlainen vertailu kaikkien niiden vastausten osalta, jotka asiakas oli ryhmäistuntojen osalta antanut.

5.2.2 Ryhmäistunnon arviointimittari

Miller ja Duncan (2001) ovat kehittäneet mittarin, joka antaa terapeutille ajantasaista tietoa asiakkaan kokemasta yhteisymmärryksestä, tavoitteista, metodeista ja siitä, miten onnistuttiin toteuttamaan muutosedellytyksiä asiakaskohtaamisessa. Ryhmätoiminnan arviointiasteikko (SRS) on sovellettavissa ryhmäterapiaan ja se on validi sekä luotettava työkalu, jota on käytetty päihdehuollon ja psykiatrian kuntoutuksen hoidollisissa keskusteluissa. Asteikko koostuu neljästä kymmenen sentin mittaisesta janasta. Asiakas piirtää jokaiselle janalle merkin, jonka sijainti janan alkupäästä mitataan ja janojen mitaustulokset lasketaan yhteen. Menetelmän avulla työntekijät saavat reaaliaikaista tietoa asiakkaalta. Asiakkaan kanssa neuvotellut tavoitteet ja menetelmät yhdistettynä palautejärjestelmään toimivat asiakaslähtöisesti. Ryhmätoiminnan arvio (SRS) mittaa sitä, kokevatko asiakkaat toiminnan auttavana. (Miller & Duncan 2001, Plumin 2009 mukaan, 134–136.)

Asiakkaan kokemuksia ryhmähoidon vaikuttavuudesta ahdistuksen kokemukseen selvitettiin syyskuun ja marraskuun 2012 välisenä aikana kaikilta ryhmään osallistuvilta asiakkailta. Asiakkailta kerättiin tietoa joka ryhmäistunnon jälkeen ryhmätoiminnan arvio (SRS) – lomakkeella. Tähän lomakkeeseen asiakkailla oli mahdollisuus kertoa lisäksi sanallisesti kokemuksiaan ryhmätoiminnan tehokkuudesta joka ryhmäistunnon päätteeksi. Asiakkaat arvioivat kokemusta ryhmätoiminnasta neljän osa-alueen kautta; Kokemusta ryhmästä, tavoitteita ja aiheita, lähestymistapaa ja menetelmää sekä yleisesti. Arviointi tapahtui asteikolla nollasta kymmeneen jokaisella osa-alueella; mitä korkeammat pisteet (0-10), sen parempi kokemus. (Miller & Duncan 2001, Plumin 2009 mukaan, 134–136.) Tämä ryhmäistunnon arviointi asteikko (Session Rating Scale) mittaa yhteisymmärrystä tavoitteista, metodeista ja sitä, miten on onnistuttu toteuttamaan muutosedellytyksiä asiakaskohtaamisessa. (Plum 2009, 134.)

5.2.3 Tutkimuspäiväkirja

Tutkimuspäiväkirja on yksi laadullisen tutkimuksen yksityisen dokumentoinnin aineistonkeruumenetelmistä. Muita yksityisiä dokumentteja ovat puheet, kirjeet, päiväkirjat, muistelmat ja sopimukset. Näiden kaikkien dokumenttien analyysissä voidaan käyttää sisällönanalyysia. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 73- 86.)

Kehittämistoiminnan ajan tutkija pitää tutkimuspäiväkirjaa osana kehittämistoimintaa. Tutkimuspäiväkirjassa tutkija kuvaa ryhmätoiminnan käynnistämisen ja perustamisen vaiheita sekä siihen liittyviä keskusteluja ja suunnitelmia yhdessä työparien kanssa. Tutkimuspäiväkirjassa pohditaan ja tehdään havaintoja niiden ryhmätapaamiskertojen sisältöjen osalta, joihin tekijä itse osallistuu. Sen avulla pidetään kirjaa siitä, mitä ryhmässä tapahtui, millaisia ajatuksia tekijälle on herännyt sekä mitä mahdollisesti opittiin. Tutkimuspäiväkirjan on hyvä aina olla saatavilla. Tutkimuspäiväkirjaa pitäessään tutkija keskustelee osallistujien kanssa jopa päivittäin toiminnan aikana. Hän tuo esille omia havaintojaan ja kyselee osallistujien mielipiteitä. Tutkija ja osallistuja suunnittelevat toimintaa havaintojen pohjalta. (Huovinen & Rovio 2010, 106.)

Toimintatutkija kirjoittaa havaintonsa muistiin tutkimuspäiväkirjaansa. Hän kerää aineistoa järjestelmällisesti käsitteellisen viitekehyksensä mukaisista teemoista, esimerkiksi työntekijöiden palautekeskusteluista. Päiväkirjamuistiinpanonsa tutkija kokoaa omiin kategorioihinsa osatakseen kiinnittää huomiota ennalta määriteltujen tutkimusongelmien kannalta tärkeisiin seikkoihin. Päiväkirjan avulla on mahdollisuus jäsentää ajatuksiaan. Siihen voi myös koota tietoa tutkimuksen etenemisestä, tunnelmista sekä vaikutelmia, palautetta, kysymyksiä ja hämmennyksen aiheita. Kaikki tämä vie tutkimusta eteenpäin. Tutkija rakentaa kuvaa henkilöistä, tapahtumista tai kohteista, etsii säännönmukaisuuksia ja samankaltaisuuksia sekä tekee tulkintoja. (Huovinen & Rovio 2010, 107.)

Tässä opinnäytetyössä tekijä piti päiväkirjaa koko kehittämistoiminnan ajan. Päiväkirjassa tekijä kuvasi ja teki merkintöjä ryhmän suunnitteluun, käynnistämiseen ja toteuttamiseen liittyvistä tapahtumista, havainnoista sekä kehittämistarpeista niin koko suunnittelutiimin kuin työparien osalta. Tutkimuspäiväkirja kuvasi myös tekijän omia oivalluksia. Päiväkirjassa oli lisäksi merkintöjä ryhmässä tapahtuvista havainnoista sekä siitä, minkälaisia ajatuksia tekijälle heräsi ja mitä ehkä voisi jatkossa tehdä toisella tapaa. Muistiin tuli lisäksi kirjattua vihjeitä lähteistä, asiakkaiden antamista palautteista sekä syntyneistä omista oivalluksista. Etenkin nuo oivallukset oli tärkeä saada ylös, vaikka sitten kesken yöunien. Tutkijanpäiväkirja auttoi paitsi ajatusten ja asioiden jäsentämisessä itselle, myös syventämään kuvaa erilaisista tunnelmista ja henkilöistä, jotka olivat osa tätä kehittämisprosessia. Lopulta se mahdollisti opinnäytetyön aikataulusta kiinni pitämisen, sen eteenpäin viemisen sekä mahdollisuuden kirjoittamisen jatkamiseen. Joskus tutkimuspäiväkirja toimi yksikertaisesti muistikirjana.

5.3 Analysointi

5.3.1 Kvantitatiivisen aineiston analysointi

Joulukuun 2012 ja tammikuun 2013 aikana käytiin läpi kaikki Asiakkaan kokemus ahdistuksesta – janamittarit ja niiden pisteiden tuloksia vertailtiin toisiinsa. Niistä saatiin kuvailevaa tietoa asiakkaiden ahdistuksen kokemuksesta ja siinä mahdollisesti tapahtuneista muutoksista.

Lisäksi käytiin läpi kaikki ryhmätoiminnan arvio (SRS)-lomakkeiden tulokset kuntoutustoiminnan vaikutuksen arvioimiseksi ja saatiin myös niistä neljän eri osa-alueen kautta tietoa ryhmähoidon vaikutuksesta päihdeasiakkaan ahdistuksen kokemukseen. Terapiasuhteen osalta arvioitiin kuulluksi, ymmärretyksi ja arvostetuksi tulemistä. Tavoitteissa ja aiheissa mitattiin sitä, työskenneltiinkö ja keskusteltiinko asiakkaan toivomista aiheista. Lähestymistapa kohdassa mitattiin sitä, kuinka hyvin ohjaajan ja ryhmän lähestymistapa sopi asiakkaalle ja kohta yleinen kertoi sen, että sitoutuiko asiakas ryhmään ja sopiko se asiakkaalle. (Plum 2009, 135.)

Kvantitatiivinen aineisto, kokemus ahdistuksesta ja ryhmätoiminnasta, kirjattiin Excel taulukkolaskenta -ohjelmaan kaikkien annettujen numeraalisten arviointien osalta. Aineistoista laskettiin keskiarvoja sekä tarkasteltiin alhaisimpia ja korkeimpia lukemia niin ahdistuksen kokemuksen kuin ryhmäistuntojen kokemusten osalta. Lopuksi tarkasteltiin muutosta kummankin tutkittavan osa-alueen osalta. Sen jälkeen tulokseksi saatu olennaisin muutos osa-alueittain sekä kirjoitettiin auki että kuvattiin diagrammeihin.

5.3.2 Kvalitatiivisen aineiston analysointi

Kvalitatiivisen aineiston analysointi tehtiin sisällönanalyysin avulla samanaikaisesti kuin kvantitatiivisen aineiston analysointi. Tuomen & Sarajärven (2002) mukaan sisällön analyysistä puhutaan, kun pyritään kuvaamaan dokumenttien sisältöä sanallisesti. Sen avulla pyritään muodostamaan kuva tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä muodossa, ja sen tarkoituksena on yhdistää tulokset aiheen laajempaan kontekstiin. Sisällönanalyysi on tekstianalyysia. Se voidaan jakaa kolmivaiheiseksi prosessiksi. Ensimmäinen vaihe on pelkistäminen, toinen vaihe ryhmittely ja kolmas vaihe teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 111–114.)

Sisällönanalyysi on suosittu analyysimenetelmä hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Se on tapa järjestää ja kuvailla tutkittavaa ilmiötä. Sitä kutsutaan myös dokumenttien analyysiksi. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3.) Tässä työssä kvalitatiivisen aineiston osalta käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Tutkimuksessa tarkasteltiin tekstiosioita, jotka oli kirjoitettu tässä opinnäytetyössä käytetyn kahden eri mittarin sanallisiin osioihin ja palautteisiin.

Analyysin aluksi tekstit kerättiin lomakkeista, jonka jälkeen erivärisin alleviivauksin niistä etsittiin samankaltaisia ilmauksia. Seuraavaksi muodostettiin pelkistetyt ilmaukset, jota seurasi luokitteluvaihe.

Aineiston pelkistämisessä alkuperäisestä informaatiosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. Pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä, jolloin olennaiset ilmaukset aineistosta etsitään ja alleviivataan erivärisillä kynillä sekä kirjoitetaan peräkkäinen eri konsepteille. Aineiston ryhmittelyssä aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset käydään läpi tarkasti, etsien samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi sekä nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokittelussa aineisto tiivistyy ja sillä luodaan pohja tutkimuksen perusrakenteelle sekä saadaan alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Kolmannessa vaiheessa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Tutkija pyrkii ymmärtämään tutkittavia heidän omasta näkökulmastaan analyysin kaikissa vaiheissa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 111–115.) Asiakkaan ahdistuksen kokemuksesta muodostui seitsemän alaluokkaa ja edelleen kaksi yläluokkaa (liite 4). Alaluokiksi asiakkaan ahdistuksen kokemuksen osalta muodostuivat Ahdistuksen tunteen helpottaminen sekä Ahdistuksen tunteen vahvistuminen, Ahdistuksesta johtuvat fyysiset tuntemukset ja Huoli tulevaisuudesta. Näiden alaluokkien yläluokaksi muodostuivat Erilaiset tunteet. Toiseksi alaluokaksi rakentui Puheeksi ottamisen ja Keskittymiskyvyn vaikeus sekä Sosiaalinen vetäytyminen. Näiden alaluokkien yläluokaksi muodostui Vetäytyminen itsestä ja muista.

Kokemukset ryhmätoiminnasta muodostuivat kahdeksasta alaluokasta ja neljästä yläluokasta (liite 5). Aineistolähtöistä sisällönanalyysia hyödyntäen tarkasteltiin myös asiakkaan kokemusta ryhmätoiminnasta. Ensimmäisiksi alaluokiksi muodostuivat Ymmärrys itsestä lisääntyi sekä Ryhmässä pystyi olemaan ja keskittymään. Näiden yläluokaksi katsottiin muodostuvan Positiivinen kokemus omasta olemisesta ryhmässä. Yläluokka Negatiivinen kokemus omasta olemisesta ryhmästä sai alaluokikseen Vaikeuden olla ja keskittyä ryhmässä sekä Kokemus vaihtelevasta ahdistuksesta ryhmässä. Alaluokat Rauhallinen käsittelytapa antoi voimaa ja seesteisyyttä sekä Kokemukset hyvistä rentoutusharjoituksista sai yläluokakseen Kokemukset ryhmän toteutumisesta. Viimeisiksi alaluokiksi rakentuivat kokemukset siitä, että Ryhmä auttoi löytämään välittäviä ihmisiä ja Ryhmä tuki kuntoutumista.

Näiden yläluokaksi muodostuivat Kokemukset ryhmän vaikutuksesta omaan kuntoutumiseen. Uusia teoreettisia käsitteitä ei muodostettu.

5.4 Kehittämisprosessin kuvaus

Tähän opinnäytetyöhön liittyvä kehittäminenprosessi sai alkunsa lähes kaksi vuotta sitten paitsi asiakaspalautteista myös ohjaajilta, jotka retkahduksen ennalta ehkäisyryhmää ohjatessaan havaitsivat, että asiakkaan hyvinvointia ja toipumista ajatellen muutosprosessia olisi mahdollisuus vielä tukea ja täydentää. Sen seurauksena syksyllä 2011 sai alkunsa idea Kankaanpään A-kodille nimetystä suunnittelutiimistä, joka käytännössä lähti luomaan uutta ryhmää asiakkaille, jotka kokivat tarvitsevansa apua ahdistukseen, jännitykseen ja masennukseen. Keskeistä oli kerätä työvälineitä kielteisten tunteiden ja ajatusmallien työstämiseen. Syksyn ja talven aikana ryhmää ideoitiin sisällöllisesti useita kertoja ja apua pyydettiin myös Mikkeli-yhteisön ohjaajalta, joka oli jokin aika aikaisemmin käynnistänyt vastaavantyyppisen ryhmän Mikkkelissä. Kokemukset ja asiakaspalautteet ryhmästä tukivat kehittämistyöhön nimetyn työryhmän alkavaa prosessia.

Kaiken teoreettisen orientaation lähtökohdaksi nousi kysymys, mitä ”ryhmähoidosta ja ahdistuksesta tiedetään”? Kokonaisuus ja sisällöllinen lähestymistapa saivat vaikutteita niin psykodynaamisesta kuin kognitiivisesta viitekehyksestä. Kankaanpään A-kodilla hyödynnetystä ASTA – työskentelystä muodostui luonnollinen osa ryhmän sisältöä ja arviointia.

Ryhmän sisällöllinen suunnittelu jatkui edelleen kevään ja kesän 2012 aikana. Rinnalla suunnittelussa kulki jo olemassa oleva Retkahduksen ennaltaehkäisy – ryhmän työkirja ja kaikki se tieto sekä kokemus, joka suunnittelutiimin ohjaajilla oli. Neljän ohjaajan yhteistyö sitoutti myös koko A-kodin työyhteisöä kehittämistyön eteenpäinviemiseen. Elokuussa 2012 aloitettiin uudesta, käynnistyvistä ryhmästä tiedottaminen niin henkilökunnalle kuin asiakkaille ja lähes saman tien jäsenten kerääminen ryhmään. Ennen ryhmän alkua valmistui asiakkaille jaettava työkirja, ryhmässä käytettävät Power Point –esitykset sekä ohjaajien työkirjat. Lisäksi tietoisuustaitoharjoituksia ajatellen hankittiin rentoutuslustoja. Asiakkaita ryhmään saatiin alusta alkaen hyvin ja osallistuminen ryhmään kiinnosti. Samaan aikaan asiakkaat saivat myös halutessaan tutustua aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen, jota oli työyhteisöön hankittu.

Ryhmä kokoontui kaikkiaan kaksitoista (12) ryhmäistuntokertaa syys-marraskuun aikana 2012. Ensimmäinen ryhmäistunto oli 12.9.2012 ja viimeinen 28.11.2012 opinnäytetyöhön kerättävän aineiston osalta. Kaikkiaan ryhmään osallistui 34 asiakasta eri peruskuntoutusyhteisöistä. Asiakkaat osallistuivat ryhmäistuntoihin yhdestä kerrasta kuuteen kertaan. Ryhmään osallistuneista miehiä oli 24 ja naisia 10. Ryhmäkokonaisuus muodostui neljästä istunnosta, mutta asiakkailla oli mahdollisuus osallistua istuntoihin useampaankin kertaan. Kerralla yhteen ryhmäistuntoon osallistui jäseniä pienimmillään kolme ja enimmillään kaksitoista. Ohjaajina toimi neljä Kankaanpään A-kodin työntekijää, kaksi kussakin ryhmäistunnossa.

Syksyn 2012 aikana, ryhmäistuntojen jatkuessa, ohjaajat vaihtoivat kokemuksiaan ja joitain pieniä muutoksia tehtiin vielä ryhmän käynnistymisen jälkeen. Aluksi opeteltiin panostamaan omaan esittelyyn sekä tuomaan esille oma työhistoria tai tausta. Halusimme myös tuoda esille, että kysymys on uusista työpareista. Aluksi palaute ryhmän jälkeen kysyttiin kaikilta ryhmään osallistuneilta kirjallisesti ja suullisesti, myöhemmin kirjoitettu palaute riitti. Ensin oli myös ajatus, että Kokemus Ahdistuksesta – janamittari kerättäisiin vain aluksi ja lopuksi. Asiasta keskusteltaessa päätettiin palaute kerätä joka istunnosta. Asiakaspalautteiden perusteella ryhmä koottiin tarpeeseen.

Ryhmä päättyi marraskuussa 2012 opinnäytetyöhön kerättävän materiaalin osalta, mutta jatkuu edelleen osana Kankaanpään A-kodin uutta kuntoutusohjelmaa Tunnetaitoryhmän nimellä. Kehittämistyön aikaiset ryhmäistunnot toimivat ikään kuin pilotti-istuntoina, joista kerättiin kokemuksia ja kehittämisehdotuksia jatkoa ajatellen. Nämä kehittämisehdotukset tulevat näkymään ryhmäistunnoissa jatkossa. Nyt jo käytäntöön otettuja kehittämisehdotuksia kehittämisprosessin tuloksena on helmikuussa 2013 käynnistynyt ryhmäkokonaisuus, joka jatkuu aikaisempaa tiiviimpänä. Suunnitelmissa on myös kouluttaa uusia ohjaajia ryhmän vetäjiksi. Eräs kehittämisprosessin havainto oli myös säilyttää ryhmä koko kohtuullisena.

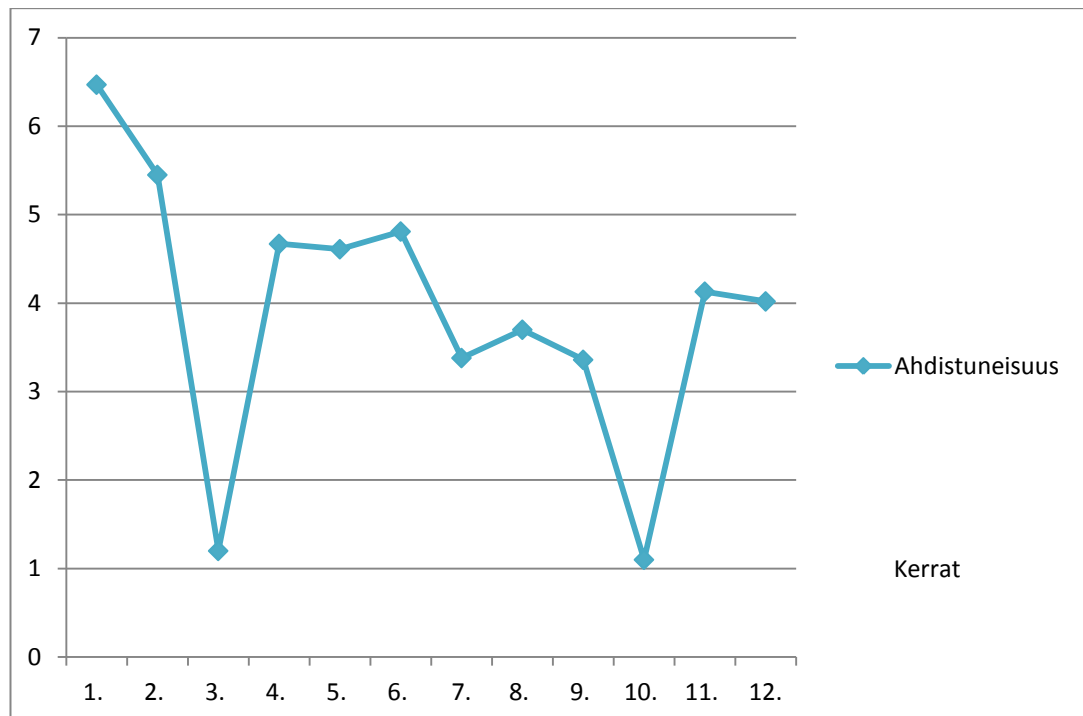
Ryhmän osalta tullaan vielä syventämään Tietoisuustaito harjoitusten osuutta sekä kiinnittämään huomiota yksilökeskusteluihin ja tehtäviin ryhmäistuntojen ohella. Näissä yksilökeskusteluissa asiakkaiden omissa kuntoutusyhteisöissä on myös mahdollisuus paneutua työkirjojen tehtävien tekemiseen yhdessä omaohjaajan kanssa. Kaikkiaan toimintatutkimuksellinen ote kehittämistyöhön sitoutti lähes koko työyhteisön osallistumaan yhteisen toiminnan kehittämiseen.

6 TULOKSET

Tulososiossa esitellään aluksi ne tulokset, jotka liittyvät Asiakkaan kokemukseen ahdistuksen tunteesta ryhmän aikana. Ensin on kerrottu kvantitatiiviset tulokset ja sitten kvalitatiiviset tulokset. Sen jälkeen kerrotaan Asiakkaan kokemus ryhmästä osion tulokset samalla ajatuksella. Viimeisessä tulokset kappaleen luvussa kerrotaan ryhmäprosessin haasteista ja mahdollisuuksista.

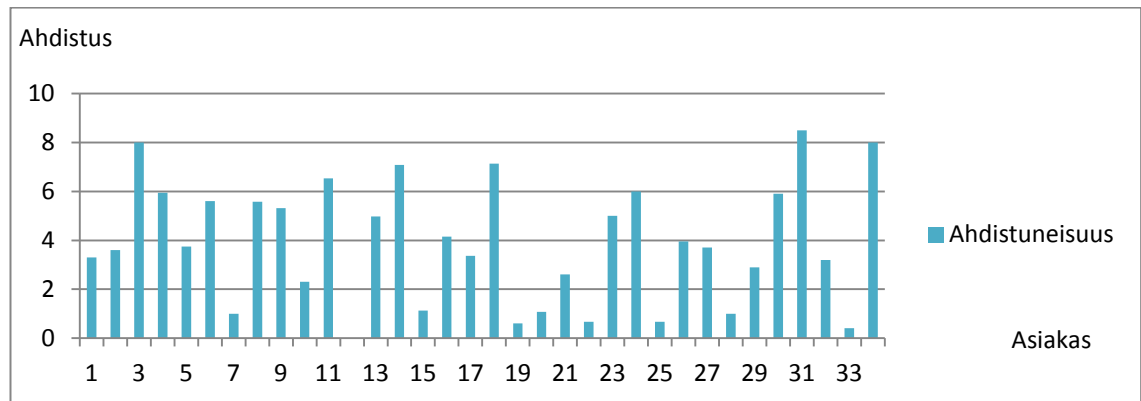
6.1 Asiakkaan kokemus ahdistuksen tunteesta ryhmän aikana

Kaikkien ryhmään osallistuneiden asiakkaiden (n=34) arvio ahdistuksen kokemuksesta kaikkien istuntojen osalta oli keskiarvoltaan 3.91 (asteikko 0-10). Alhaisimmat pisteet ahdistuksen kokemuksesta oli ryhmäistunnoissa kolme (1.20) ja kymmenen (1.10) sekä korkeimmat pisteet annettiin istunnoista yksi (6.47) ja kaksi (5.45) (kuvio 1).



KUVIO 1. Asiakkaiden kokemus ahdistuksesta ryhmän aikana

Neljäällätoista asiakkaalla (41 %) kokemus ahdistuksesta lieveni ryhmän aikana ja neljällä (12 %) ahdistus kasvoi sekä kymmenellä (29 %) ahdistuksen kokemus vaihteli ryhmäistunnosta toiseen. Kuudella asiakkaalla (18 %) ahdistus pysyi samana. Kaikkien ryhmään osallistuneiden asiakkaiden keskimääräinen ahdistuksen kokemus vaihteli nol-
lan ja kahdeksan ja puolen välillä (kuvio 2).



KUVIO 2. Asiakaskohtainen keskimääräinen ahdistus

6.1.1 Erilaiset tunteet

Ryhmään osallistuneet asiakkaat kuvailivat ahdistuksen kokemustaan ryhmän aikana sanallisesti monella eri tavoin. Kokemukset ahdistuksen tunteesta ryhmän aikana olivat hyvin erilaisia. Ahdistus nousi esiin erilaisina tunteina; positiivisina tai negatiivisina. Osa ryhmän jäsenistä kertoi ahdistuksen tunteen helpottaneen ryhmän aikana, osa taas koki ahdistuksen vaihdelleen tai kasvaneen erilaisina negatiivisina tunteina. Osa ryhmään osallistuneista kertoi ahdistuksen näyttäytyvän vetäytymisenä sekä itsestä että muista. Sitä kuvailtiin niin verbaalisena kuin sosiaalisena vetäytymisenäkin (liite 4).

Asiakkaiden kokemus ahdistuksesta liittyi usein erilaisiin tunteisiin. Tunteet olivat joko positiivisia tai negatiivisia. Ne näyttäytyivät paitsi psyykkisinä myös fyysisinä tai sosiaalisina kokemuksina. Psyykkisen ahdistuksen koettiin joko helpottaneen, olevan vaihteleva tai vahvistuneen. Ahdistuksen helpottamista kuvailtiin ahdistuksesta irrottautumisena; levollisella ololla.

”Välillä tulee ahdistuksia, mutta ne on vähentyny.”

”Ahdistus on helpottunut huomattavasti. Ryhmä on tosi hyvä.”

”En ole ottanut lääkettä ahdistukseen eilen enkä tänään.”

Vahvistuvaa ahdistusta kuvailtiin masennuksena sekä ankeana olona. Ahdistus koettiin eräänlaisena yleisahdistuksena, jota oli osin vaikea eritellä tuntemuksiksi ja sanoiksi. Ahdistusta kuvattiin myös vaikeutena rauhoittaa itsensä sekä siten, ettei elämästä tunnu löytyvän mitään positiivista. Tehdyistä asioista ja tekemättä jättämisistä oli paha olo. Vahvistuvaa ahdistusta kuvailtiin myös siten, että tekemisistä oli kadonnut ilo ja sen seurauksena oli muodostunut kyllästymisen tunne koko elämään.

”Ahdistus on noidankehä. joka alkaa pienestä ja kun sitä miettii, niin se kasvaa ja kiristyy.”

”Käytin vanhaa toimintamallia ja lähdin hakemaan tarvittavaa lääkitystä ahdistukseen, koska koin, että ryhmässä pysyminen oli liian vaikeaa.”

Osa koki ahdistuksen selkeinä fyysisinä tuntemuksia; tuskanhikenä ja sydämen tiheälyöntisyytenä sekä painona rinnan päällä. Asiakkaat kuvailivat tuntemuksiaan myös kuristavana tunteena rinnassa tai kurkussa sekä todellisuuden tajun lähtemisenä. Osa kertoi ”möykystä” sydänalassa, kuumotuksena sekä huimauksen kokemuksestaan.

”Kuristava tunne kurkussa. Rinnan päällä kuin tuhat tonnia kivimurskaa.”

”Pientä tuskahikeä, sydämessä turhan tiheää lyöntiä.”

Osa puolestaan kuvaili ahdistuksen tunnettaan huolena, joka liittyi sosiaaliseen ympäristöön ja heijastui joko tulevaisuuteen tai kotiinpaluuseen. Huoli liittyi myös ympäristöstä tai läheisiltä tuleviin kysymyksiin sekä syyllisyyteen, joka liittyi olemassa olevaan tilanteeseen. Ahdistuksen tunnetta kuvailtiin lisäksi pelkona läheisten menettämisestä sekä puolison luottamattomuutena.

”Ahdistus herättää syyllisyyttä, ikävää, pelkoa läheisten menettämisestä, katkeruutta, kyynisyyttä ja kielteisiä ajatuksia itsestä.”

”Ahdistus helpottanut, kun saanut puhuttua asioista läheisteni kanssa.”

6.1.2 Vetäytyminen itsestä ja muista

Osa ryhmään osallistuneista asiakkaista kuvasi ahdistustaan eräänlaisena vieraantumisenä ja eristäytymisenä sekä itsestä että ympäristöstä. Ahdistus koettiin niin sosiaalisena kuin verbaalisena vetäytymisenä. Asiakkaat kertoivat, että ahdistus vaikeutti puheeksi ottamista. Asiakkaat kuvailivat kokemustaan avun pyytämisen tai keskustelun aloittamisen hankaluutena ja vaikeutena. Avautuminen ryhmässä koettiin myös haasteelliseksi.

”Kun ahdistun, olen erittäin poissa oleva ja vetäydyn omiin oloihini. Ihmisten läsnäolo on todella ahdistavaa.”

”Jos joutuis johonkin outojen ihmisten pariin, mitä sanois?”

Ahdistuksen koettiin vaikuttavan myös keskittymiseen. Kokemus ajatuksen harhailemisesta tai raskaudesta, levottomista ajatuksista tai keskittymiskyvyn puutteesta nousi esiin kerätyistä palautteista.

”Ajatukset harhailee.”

”Ahdistavat kokemukset vyöryvät ajatuksiini.”

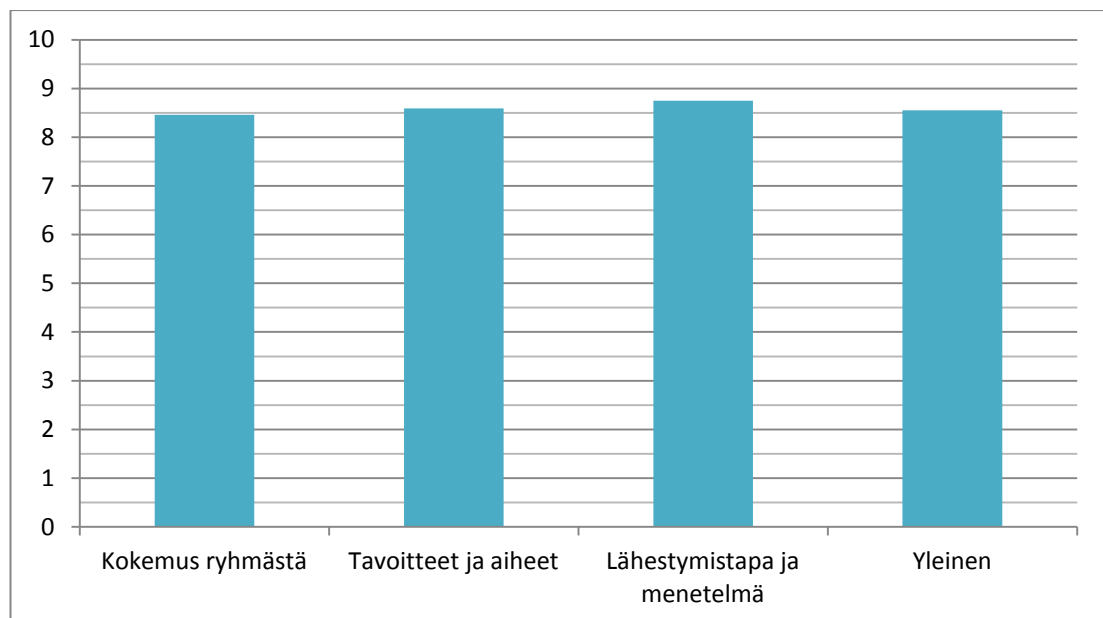
Osa ryhmään osallistuneista asiakkaista kuvaili ahdistustaan puolestaan sosiaalisena vetäytymisenä. Ajatus ihmisten tuijotuksesta ja siitä, mitä muut ajattelevat vaikuttivat eristäytymiseen ja yleiseen kokemukseen luottamattomuudesta. Osa kertoi, ettei käy juuri missään eikä halua olla tekemisissä toisten kanssa. Muiden ihmisten läsnäolo tuntui ahdistavalta.

”Asioiden hoitaminen, ei saa aikaiseksi soittaa, siirtää huomiseksi.”

”Ahdistaa huoli tulevaisuudesta. Miten minun käy?”

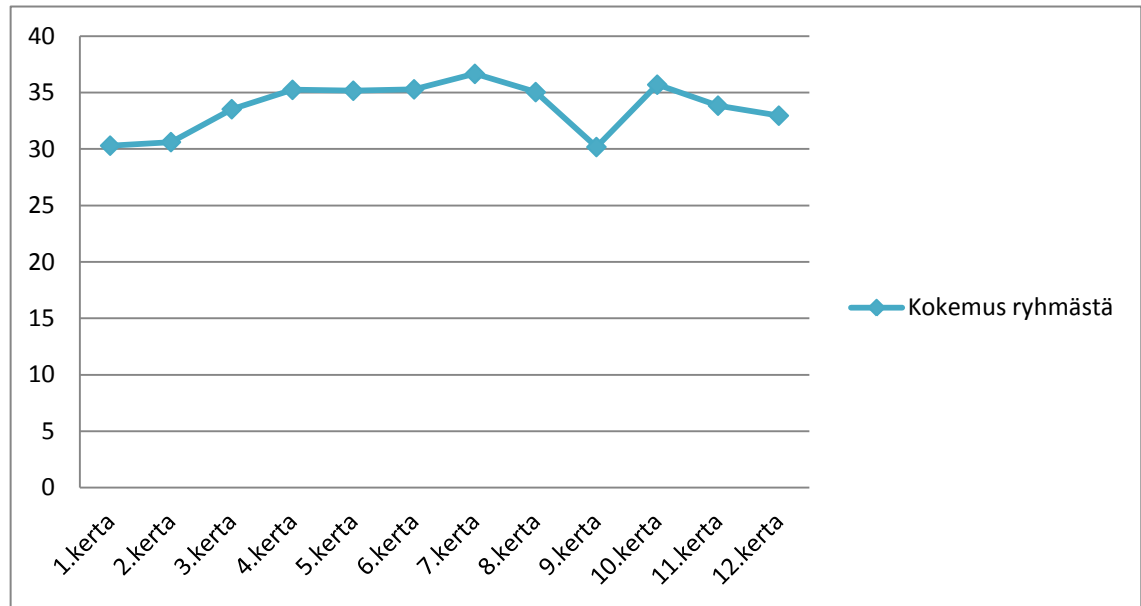
6.2 Asiakkaan kokemus ryhmästä

Ryhmään osallistuneet asiakkaat arvioivat kokemuksiaan ryhmätoiminnasta niin kvantitatiivisesti kuin kvalitatiivisesti ryhmätoiminnan arviota kuvaavan lomakkeen avulla. Kokemusta ryhmästä arvioitiin neljän osa-alueen kautta. Kokemusta ryhmästä asiakkaat arvioivat sen perusteella, kuuliko, ymmärsikö ja hyväksyikö ohjaaja ja/tai ryhmä. Tästä osa-alueesta kaikkien ryhmäkertojen keskiarvoksi muodostui 8.46 (0-10). Tavoitteet ja aiheet osiossa tarkasteltiin sitä, kohdistuiko työskentely ja keskustelu asioihin, jotka asiakas koki tärkeiksi. Tämän osion keskiarvoksi muodostui 8.59. Lähestymistavassa ja menetelmässä asiakas antoi palautetta sitä, kuinka ohjaajan ja/tai ryhmän lähestymistapa sopi asiakkaalle. Tämän osion keskiarvoksi tuli 8.75. Yleinen, eli se, kuinka ryhmä sopi asiakkaalle ja kuinka hän sitoutui siihen, sai keskiarvokseen 8.55 (kuvio 3).



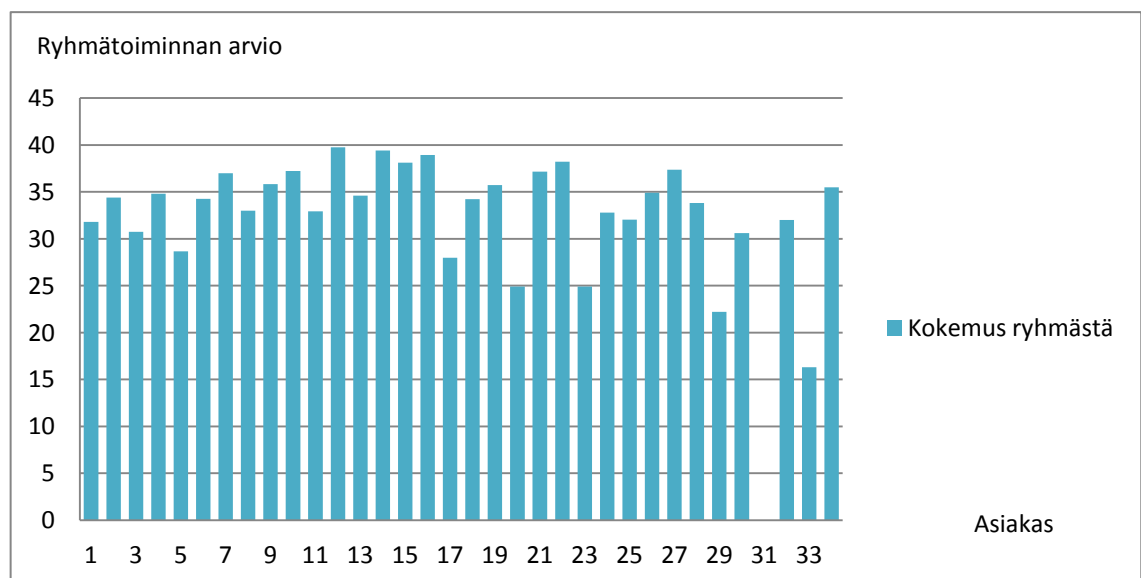
KUVIO 3. Asiakkaiden kokemus ryhmätoiminnasta osa-alueittain

Kaikkien ryhmäistuntojen keskiarvoksi neljää osa-aluetta yhdessä tarkasteltaessa kaikkien ryhmään osallistuneiden osalta muodostui 33.71 (0-40). Alhaisimmat pisteet ryhmäkokemuksen osalta saivat istunnot yhdeksän (30.17) ja yksi (30.30). Korkeimmat pisteet ryhmäkokemuksen osalta saivat ryhmäistunnot seitsemän (36.66) ja kuusi (35.29). Kaikkiaan kokemus ryhmästä nousi yhdeksällä ryhmään osallistuneella asiakkaalla (26 %) ja pysyi samana seitsemällä asiakkaalla (21 %). Ryhmäkokemuksen koki vaihtelevaksi seitsemäntoista asiakasta (50 %). Yksi ryhmään osallistujista ei palauttanut lainkaan arviotaan ryhmäkokemuksesta (kuvio 4).



KUVIO 4. Asiakkaiden kokemus ryhmätoiminnasta istunnoittain

Tarkasteltaessa kaikkien asiakkaiden arvioita ryhmätoiminnasta keskiarvoksi saatiin 32.13. Alhaisin arvio oli 16.30 ja korkein oli 39.77. Yksi asiakas ei lainkaan palauttanut arviota ryhmätoiminnasta (kuvio 5).



KUVIO 5. Ryhmätoiminnan arvio asiakkaittain

6.2.1 Positiivinen kokemus omasta olemisesta ryhmässä

Ryhmän jäsenet kokivat positiivisena kokemuksena ryhmästä sen, että siellä pystyi olemaan ja keskittymään sekä sen, että se auttoi ymmärtämään itseä. Kokemusta ryhmästä kuvailtiin siten, että se auttoi olemaan enemmän paikalla sekä keskittymään ja että se tuki myös omaa keskittymistä omiin sanomisiin.

”Pystyi keskittymään omiin sanomisiin.”

”Ryhmässä oli rauhallinen ja mukava olla.”

Positiivinen kokemus omasta olemisesta ryhmässä auttoi lisäksi tunnistamaan ja ymmärtämään sekä käsittelemään omia tunteita ja ajatuksia. Ryhmä auttoi myös löytämään omaa ajattelutapaa ja tunnistamaan itseä. Ryhmä koettiin itselle sopivaksi.

”Auttoi tunnistamaan haitallisia ajatuksia ja käsittelemään niitä.”

”Osui ja upposi, tunnistin itseäni.”

”Löysin omaa ajatteluani.”

”Tällainen ryhmä sopii minulle.”

6.2.2 Negatiivinen kokemus omasta olemisesta ryhmässä

Ryhmään osallistuneet kuvailivat negatiivisia kokemuksiaan omasta olemisesta ryhmässä siten, että siellä oli vaikea olla ja keskittyä. Oma kokemusta kuvailtiin lisäksi kykenemättömyytenä keskittyä tai löytää ajatuksia. Toisaalta ajatusten koettiin pyörivän liiaksi tai että oli vaikea ylipäänsä pysyä paikoillaan.

”Keskittymiskyvyn puute, ajatus harhailee. Tavoitteena oppia elämään hetkessä.”

”Jotenkin en kyennyt keskittymään.”

Osa ryhmään osallistuneista jäsenistä kuvasi omaa olemista ryhmässä monenlaisina vaihtelevina ahdistuksen kokemuksina. Omaa olemista ja kokemusta ryhmässä kuvattiin tosi ahdistavana tai sellaisena, että tunteet olivat pinnassa, mutta ei kuitenkaan ahdistanut. Osa kertoi ahdistuksen laskeneen ja osa ahdistuksen helpottaneen. Osa kertoi oman olemisen sekä sitoutumisen olleen vaikeaa ahdistuksen vuoksi.

”Tykkään mieluummin tästä, kun pystyy keskittyyn omiin sanomisiin.”

”Vaikea keskittyä tai löytää ajatuksia.”

6.2.3 Kokemukset ryhmän toteutumisesta

Ryhmän osallistuneet kuvailivat omia kokemuksiaan ryhmän toteutumisesta siten, että ryhmässä tapahtunut asioiden rauhallinen käsittelytapa antoi itselle voimaa ja seesteisyyttä. Myös rentousharjoitukset koettiin hyväksi. Rauhallinen asioiden käsittely- ja esittelytapa koettiin voimia antavaksi ja se auttoi myös tuomaan seesteisen olon itselle sekä tuki läsnä olemista ryhmässä.

”Rentoutus ja rauhallinen asioiden käsittely antaa voimaa ja poistaa ahdistusta.”

”Hyvä opetella olemaan läsnä.”

Rentoutusharjoitukset koettiin hyväksi, rauhoittaviksi sekä rentouttaviksi ja niiden koettiin poistavan ahdistuneisuutta. Omana tavoitteena ollut tyyneyden ja rauhallisuuden tavoittaminen oli myös onnistunut. Ryhmässä oli ollut mukava ja rauhallinen olla. Rentoutusharjoitusten opettelua moni piti tärkeänä asiana jatkossakin.

”Rentoutus ja itsetutkiskelu uusina asioina itselleni.”

”Olen tullut tänne tyyneyttä opiskelemaan.”

6.2.4 Kokemukset ryhmän vaikutuksesta omaan kuntoutumiseen

Ryhmään osallistuneet kokivat ryhmän auttaneen välittävien ihmisten löytämisessä. Vertaistukea pidettiin tärkeänä. Ryhmän myös koettiin tukevan kuntoutumista. Ryhmän jäsenet kertoivat löytäneensä ryhmästä sydämellisiä ihmisiä.

”Löytänyt ihmisiä, jotka välittää.”

Asiakkaat kokivat saaneensa ryhmästä heti eväitä matkaan ja totesivat ryhmän kuntouttavan. Osa kertoi saaneensa ryhmästä itselleen mietittävää ja koki keskustelut ryhmässä itselleen hyviksi. Ryhmä oli vaikuttanut omaan kuntoutumiseen siten, että ryhmässä käsitellyt asiat olivat kohdistuneet itseen ja että ryhmä oli koettu sopivaksi itselle. Myös käsittely vertauksin oli auttanut kuntoutumista. Tällainen ryhmä sopi itselle.

”Kuntouttaa kummasti.”

”Osui ja upposi. Tunnistin itseäni.”

”Ärsyttää, kun lähden huomenna; just mua varten.”

6.3. Ryhmäprosessin haasteet ja mahdollisuudet

Tutkijanpäiväkirjan muistiinpanoista ja ryhmäistuntohavainnoista nousi esille, että ryhmäprosessissa, jossa oli ahdistuneita päihdekuntoutuksessa olevia asiakkaita tärkeät asiat olivat hyvin samankaltaisia kuin missä tahansa ryhmäterapiaprosessissa. Prosessiin liittyi erilaisia haasteita, mutta myös mahdollisuuksia. Keskeinen haaste, mutta myös mahdollisuus oli huomioda ryhmäprosessissa ryhmäistuntojen aikana rauhallisuuden, luottamuksellisuuden sekä turvallisuuden ilmapiiri.

Paikka

Haasteeksi muodostui paikka eli ryhmätila, jossa ryhmäistunnot järjestettiin. Ryhmätilan tulisi olla rauhallinen, muuttumaton sekä viihtyisä.

Havainnot ja palautteet ryhmään osallistuneilta asiakkailta ryhmätilan kuumuudesta sekä häiritsevästä äänistä käytävältä ja vieressä olevasta keittiöstä, eivät tukeneet aina rauhallisuuden periaatteen toteutumista. Välillä ryhmäistuntoja seuraava koko talon yhteisökokouksen alkaminen ja siihen liittyvä liikehdintä, vaikutti erilaisena rauhatonmuutena niin ryhmäistuntojen sisällä kuin ulkona. Muuttumattomuuden haasteeksi muodostui se, että ennen jokaista istuntoa tilaa piti järjestellä ja siivota sekä välineistöä koota eikä yleistä muuttumattomuutta voinut aina taata.

Käytettävän ryhmätilan yleinen, ”ei niin kodinomainen miljöö”, ei aina välttämättä tukenut ryhmän turvallisuutta ja kiinteyttä parhaalla mahdollisella tavalla. Viihtyisyydessä olisi ollut paljon parannettavaa. Nyt tila jäi hyvin pelkistetyksi ja kokoustilamaiseksi, josta puuttuivat kokonaan pehmentävät tekstiilit, viihtyisät huonekalut sekä muut sisustuselementit. Esimerkiksi tuolit, joita ryhmien aikana käytettiin, olivat epämukavia ahdistuneita asiakkaita ajatellen, etenkin kun niissä toteutettiin osa rentoutumis- ja tietoisuustaitoharjoituksista. Tilassa oleva ilmastointi oli myös riittämätön. Mahdollisuudeksi paikkaa ajatellen muodostui saman ryhmätilan olemassaolo ja käytettävissä olo kaikkien ryhmäistuntojen osalta sekä myös ryhmäistuntoajankohdan muuttumattomuus. Kaikki istunnot pidettiin samassa paikassa samaan aikaan.

Aika

Aika muodostui haasteeksi siten, että sitä tulisi olla riittävästi ennen ja jälkeen ryhmäistuntojen. Tämä on tärkeää niin ryhmänohjaajien kuin ryhmään osallistujienkin kannalta. Ohjaajille se antaa ryhmään valmistautuessaan tilaisuuden ”mielen tyhjentämiseen” sekä ryhmän jälkeen mahdollisuuden ryhmässä heränneiden kysymysten tarvittavaan läpikäymiseen sekä reflektointiin. Ryhmään osallistujien näkökulmasta riittävä aika ennen ryhmää tukee rauhoittumista, valmistautumista sekä keskittymisen mahdollisuuden vahvistumista ryhmäistuntoa ajatellen. Ryhmäistunnon jälkeen aika antaa tilaisuuden ajatella ryhmässä syntyneitä ajatuksia.

Aika oli merkityksellinen myös siten, että jos ryhmä kesti tavallista pidempään, osalla jäsenistä oli kiire jo seuraaviin tapahtumiin, jolloin viimeinen tietoisuustaitoharjoitus ei aina onnistunut ja tämä levottomuus siirtyi niihinkin asiakkaisiin, joilla olisi ollut mahdollisuus keskittyä rauhassa viimeiseen harjoitteeseen.

Haasteeksi ja kehittämistarpeeksi muodostui myös päällekkäisyyksien purkaminen päiväohjelmasta niin aikataulullisesti kuin sisällöllisesti sekä ohjaajien että asiakkaiden osalta. Ajan niukkuus näytti heijastuvan myös ryhmäistunnon päätteeksi annettavaan palautteeseen. Vastaukset jäivät usein lyhyiksi tai muuten puutteellisiksi.

Tauot osoittautuivat erittäin merkitykselliseksi ajankäyttöä ajatellen; ne rytmittivät sopivasti ryhmän rakennetta ja auttoivat erottelemaan harjoitteet teoriaosuuksista. Tauot auttoivat myös ryhmän jäseniä keskittymisessä ja uusien asioiden sisäistämisessä. Ajallisesti keskiviikkopäivä ja puolenpäivän aika osoittautui toimivaksi tämänkaltaisen ryhmän kannalta. Mieli oli avoin ryhmätyöskentelylle viikon ollessa puolessa välissä, mutta toisaalta ei ollut vielä nähtävissä loppuviikkoon väsymistä.

Ryhmän kiinteytys

Ryhmän kiinteyden haasteeksi muodostui se, että ryhmä oli avoin. Se tarkoitti, että jokaisessa ryhmäistunnossa kokoonpano oli erilainen määrältään. Myös osa ryhmän jäsenistä tunsu toisiaan hieman enemmän kuin muita. Ryhmän ohjaajien vaihtuvuus myös mahdollisesti heikensi ryhmän kiinteyttä. Osa ohjaajista oli tutumpia toisille. Aluksi erilaiset tavat sekä näkökulmat lähestyä aihetta muodostuivat haasteeksi. Tämä oli merkityksellinen asia paitsi ryhmän kiinteyden, myös ryhmään kehittyvän luottamuksen ja turvallisuuden kannalta. Mahdollisuudeksi muodostuivat monipuoliset näkökulmat, niin ohjaajien kuin asiakkaiden kannalta sekä ajatus yhteisöllisyyden vahvistumisesta. Niin ohjaajien kuin ryhmään osallistuvien asiakkaiden kannalta mahdollisuudeksi osoittautui toinen toisiltaan oppiminen ja omien näkökulmien sekä vahvuuksien laajentamisen mahdollisuus.

Terapeutin rooli ja osaaminen

Terapeutin ja ohjaajan roolin ja osaamisen kannalta merkittävää oli se, kuinka suhtautui uuteen ryhmään, sen suunnitteluun ja toteuttamiseen sekä itselle osin uusiin menetelmiin. Itseohjautuva aiheeseen tutustuminen jäi luonnollisesti jokaisen ohjaajan omalle vastuulle. Tämä mahdollisuus oli myös ryhmään osallistuvilla asiakkailla.

Itselleni haasteelliseksi muodostuivat alussa tietoisuustaitoharjoitukset, niihin liittyvät hengitys- ja aistiharjoitukset sekä itselle osin vieras kognitiiviseen lähestymistapaan liittyvä ajattelutapa. Oma psykodynaaminen lähestymistapani ja sen hyödyntäminen ryhmissä oli ollut arjessa analyttisen keskustelemaa sekä pohdiskelevaa. Ryhmän hyödyntäminen prosessissa melko voimakkaasti oli myös toiminut hoidollisen lähestymistavan kulmakivenä. Kognitiivinen näkökulma tuntui lähtökohtaisesti nopeatempoisemmalta ja käytettävissä olevat tekniset esitystavat vierailta ja rajoittavilta. Oma roolini tuntui muuttuvan uteliaasta tutkijasta luennoitsijaksi. Ajatus uusista ohjaajapareista tuntui myös aluksi vieraalta, kun oli tottunut tuttuihin työpareihin ja heidän tapansa toimia ryhmätilanteissa. Luottamuksen saavuttaminen vei oman aikansa.

Jo suunnitteluvaiheessa osa ohjaajista vaihtui ja tämä herätti ristiriitaisia tunteita. Sen sijaan ryhmä, jossa oli asiakkaita eri yhteisöistä, ei tuntunut niin vieraalta. Jo suunnitteluvaiheessa eri lähestymistavat ja persoonat ”törmäsivät” toisiinsa ja kompromisseja tehtiin puolin ja toisin. Oivallus siitä, että ryhmästä muodostuisi väylä ja mahdollisuus luoda uutta suhteessa oloa paitsi itsen, myös ryhmän jäseniin, oli kasvattavaa. Tietoisuus siitä, että asiakkaat opettelivat olemaan pieniä hetkiä läsnä itsensä kanssa, oli tärkeää. Vaikka välillä oltiin omilla epämukavuusalueilla, prosessi oli kasvattava. Ajatus siitä, ettei tarvitse ”osata” mitään uutta, tuntui myös välillä vaikealta. Tässäkin suhteessa oli helpompi ymmärtää ryhmän jäseniä.

Mahdollisuudeksi muodostui se, että ryhmä koettiin työyhteisön osalta mielekkääksi ja tärkeäksi. Kaikissa vaiheissa, jolloin ryhmää ideoitiin, suunniteltiin, toteutettiin sekä arvioitiin, oli tuki työyhteisöltä hyvä ja toimintaa tukeva. Sen myös koettiin sopivan Kankaanpään A-kodin toiminta- ja ajattelutapaan.

Ehdottoman tärkeää on ohjaajan oma rauha ja mielen tyhjentämisen sekä vapauttamisen mahdollisuus. Sillä se, mitä tapahtuu ohjaajan mielessä, heijastuu myös ryhmän jäseniin. Psykoterapeutin tärkein työkalu on oma mieli. Kärsivällisyys, rauhallisuus ja eräänlaisena ”tunteiden säiliönä” toimiminen muodostui keskeiseksi osaaminen haasteeksi, mutta myös mahdollisuudeksi. Tätä tuki ammattitaito ja kokemus sekä muun tiimin välttämätön tuki. Myös palautteet asiakkailta rohkaisivat eteenpäin. Terapeutin suhde ryhmän jäseniin ei ole tavallinen ihmissuhde. Terapeutin tulee kyetä kestäämään yksinäisyyttä ryhmätilanteissa.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä osiossa tarkastellaan opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta sekä sen jälkeen pohditaan keskeisimpiä tuloksia suhteessa aiheeseen liittyvään teoreettiseen tietoon. Luvun lopuksi pohditaan aiheeseen liittyviä jatkotutkimus- ja kehittämisehdotuksia.

7.1 Eettisyys

Eräs toimintatutkimuksen validiteetin kriteeri on se, miten tekijä on onnistunut tiedostamaan ja arvioimaan tutkimuksensa eettisyyden. Tutkija ja tutkittavat ovat vuorovaikutuksessa ja tutkija kuuluu osana tutkittavien maailmaan. (Vehviläinen-Julkunen 1998, 29.) Kaikissa tutkimuksissa tulee noudattaa Suomen Akatemian tutkimuseettisiä (2008) ohjeita tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisesta, vahingoittamisen välttämisestä sekä yksityisyydestä ja tietosuojasta (Kuula 2011, 231). Tässä työssä tämä toteutui siten, että osallistuminen oli vapaaehtoista sekä siten, että aineistoa käsiteltiin nimettömänä ja se oli ainoastaan tutkijan tarkasteltavana. Raportin valmistuttua aineisto hävitettiin. Osallistujien taustatietoja ei kysytty; tämäkin tuki yksityisyyttä. Lakien tarkoitus on varmistaa tutkimukseen osallistuvien yksityisyys, koskemattomuus ja ihmisarvon loukkaamattomuus. Lainsäädännön määräyksien noudattaminen on erittäin tärkeää kohderyhmän sensitiivisyyden huomioon ottamisessa, osallistumisen vapaaehtoisuudessa ja osallistujien anonymiteetin säilyttämisessä. (Kylmä & Juvakka 2007, 139–143.) Tässä opinnäytetyössä asiakkaiden osallistuminen oli vapaaehtoista ja perustui kirjalliseen suostumukseen. Asiakkaalla oli milloin tahansa oikeus kieltäytyä sekä ilmaista, ettei halua jatkaa opinnäytetyöhön osallistumista, jolloin kaikki häneen liittyvät aineistot olisi poistettu (liite 6).

Tutkimuseettisesti tärkeä vaihe on alussa, kun tutkija asettaa ja muotoilee tutkimusongelman. Tutkimuksen aihepiiri, tutkimusongelma ja tutkittavilta saatu suostumus liittyvät läheisesti toisiinsa. (Vilkka 2006, 65.) Tutkimusaiheen valinta oli jo itsessään haasteellinen eettinen ratkaisu. Aiheen valintaa ajatellen voisi myös pohtia sitä, kenen hyötyä tutkimuksessa tarkasteltiin; tutkijan, tutkittavien vai työnantajan? Eettiseksi haasteeksi muodostui kohderyhmä; asiakkaat, jotka olivat tulleet hakemaan itselleen apua jollain tavalla vaikeassa elämäntilanteesta.

Kuinka eettisesti oikein oli pyytää heitä osallistumaan opinnäytetyöhön, kun osa heistä saattoi psyykkisesti olla hyvin kuormittavassa tilanteessa?

Etiikan peruskysymyksiä ovat kysymykset hyvästä ja pahasta, oikeasta ja väärästä. Lähtökohtana tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen; osallistujilla on oltava mahdollisuus päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. Tähän liittyy suostumuksen antaminen. Eettisyyteen kuuluu myös se, ettei toisten tai omaa tekstiä saa plagioida. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23–27.) Tämän työn osalta osallistujat saivat itse päättää, halusivatko osallistua. He antoivat siitä myös suostumuksen. Ryhmään osallistui myös asiakkaita, jotka eivät kuitenkaan osallistuneet opinnäytetyöhön.

Koska tuloksia hyödynnetään asiakkaiden kannalta paremman elämänlaadun saavuttamiseksi ja tavoitteena on parantaa osallistujien hyvinvointia, on aiheen valinta perusteltua, vaikka se koskettaa hyvin sensitiivistä ja herkkää aihealuetta; osallistujien tunne-elämää sekä siinä tapahtuvia muutoksia. Jo opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa otettiin huomioon mahdolliset vaikutukset, joita sillä saattaisi olla tutkimukseen osallistuville. Tämä huomioitiin siten, että suunnittelulle annettiin riittävästi aikaa, ohjaajapareiksi valittiin pitkän kokemuksen ja koulutuksen omaavia työntekijöitä. Asiakkaille, jotka harkitsivat opinnäytetyöhön osallistumista, annettiin etukäteistietoa ja harkinta-aikaa ennen osallistumispäätöksen tekemistä. Tarvittaessa ohjaajilla oli valmius ja osaaminen osallistuvien tukemiseen ryhmän aikana ja sen jälkeen. Opinnäytetyö oli luonteeltaan sensitiivinen, jonka vuoksi eettiset näkökulmat korostuivat toteutuksessa.

Osallistujalle hyötyjä tutkimuksesta voivat olla esimerkiksi oman tarinan kertomisen mahdollisuus, tunnepuhdistautuminen, lisääntynyt tietoisuus itsestä, voimaantuminen sekä hyvinvointi (Kylmä & Juvakka 2007, 143–148). Aiheen sensitiivisyyden vuoksi pilottiryhmää lähdettiin toteuttamaan mahdollisimman pienellä, mutta kokeneella työryhmällä ja prosessin suunnitteluun käytettiin riittävästi aikaa. Mahdollisuus ryhmään osallistumiseen haluttiin myös tarjota mahdollisimman monelle. Opinnäytetyön kautta osallistujille muodostui mahdollisuus kertoa oma tarinansa, saada siihen uusia näkökulmia ja oivalluksia sekä lisätä tietoisuutta itsestä. Oman tarinan kertomisen mahdollisuus antoi tilaisuuden omaan hyvinvoinnin vahvistumiseen itsetietoisuuden lisääntymisen avulla. Aiheen valinta lähti asiakkaiden palautteista ja heidän tarpeensa huomioonottaen.

Opinnäytetyön toteuttamisen suostumus haettiin osallistuvilta asiakkailta. Lähes koko työyhteisö sai tiedon alkavasta työstä, sen tarkoituksesta, tavoitteesta sekä tutkimusmenetelmistä osatakseen ohjata asiakkaita prosessin pariin. Tässä opinnäytetyössä osallistujat saivat opinnäytetyöstä tiedotteen (liite 6) ja heidän kanssaan keskusteltiin ennen opinnäytetyöhön osallistumista. Opinnäytetyöhön osallistuminen oli vapaaehtoista. Lisäksi aineiston sisällönanalyysissa käytettiin numerointia anonymiteetin turvaamiseksi. Tekijä on tiedostanut vastuunsa eettisten ratkaisujen tekijänä, minkä vuoksi eettiset kysymykset on otettu huomioon koko prosessin ajan. Lähtökohtana opinnäytetyössä oli ahdistuksen lieventäminen, joten pääpaino oli vaikeuksien voittamisessa sekä mielen-terveyden edistämisessä. Opinnäytetyötä tehdessään tekijällä oli vahva pyrkimys oikeaan ja hyvään. Kehittämistyön tuloksia on tarkoitus hyödyntää asiakkaiden muutostyön tukemiseen ja hoitotyön hyväksi.

Tuloksia ei saa kaunistella tai yleistää kritiikittömästi. Tutkimuksen puutteet on tuotava julki. Hyvän tutkimuksen tekeminen niin, että eettiset näkökohdat tulevat riittävästi ja oikein huomioonotetuiksi, on vaativa. (Hirsjärvi ym. 2009, 23–27.) Eettisyyden kannalta haasteeksi muodostui se, että tutkijana piti toimia mahdollisimman neutraalisti. Kuitenkin osallisuus vaikutti siihen, että syvimpien tunnekokemusten osalta oli hyvin haastavaa olla täysin neutraali. Voimakkaiden tunteiden tai mielipiteiden ilmaisu oli vaikeaa, koska se olisi saattanut uhata objektiivisuutta. Toisaalta olemalla osa yhteisöä saavutettiin luottamus, joka heijastui yhteistyöhön asiakkaiden kanssa. Tutkijan roolin kannalta tämä tuttuus loi ryhmätilanteisiin varmuutta ja rauhallisuutta, joka tuki kaikkien niiden havaintojen, ajatusten ja tunteiden jäsentelyä, jota ryhmäprosessi sinällään tutkijassa herätti. Se helpotti tutkimusprosessia. Tässä työssä, jossa käytettiin toimintatutkimuksellista otetta, haasteeksi eettisyyden kannalta saattoi muodostua kirjallinen suostumus. Se toimi eräänlaisena suostumuksena tuntemattomaan; osallistujalla ei voinut olla varmuutta siitä, mihin prosessi johtaa. Tai merkitsikö oikeus kieltäytyä osallistumasta tai vetäytymisestä myöhemmin sitä, että jotenkin ”pettäisi” asiakaskaverit, ryhmän tai tutkijan. Oli turvallisempaa tulla ryhmään yhdessä toisten kanssa, mutta ehkä ei jättää ryhmää. Toisaalta oli olemassa samanaikainen vaikeus olla osallistumatta opinnäytetyöhön, koska johto oli jo antanut luvan toteuttamiselle.

Sekä opinnäytetyöhön osallistujien että tekijän tunnekuormitukseen varauduttiin ja niiden arvioitiin olevan eräs eettinen haaste. Siksi tekijällä oli käytettävissään paitsi ohjaajan, myös työyhteisön ohjaajakollegoiden vahva ja osaava tuki.

Sekä ennen että ryhmäistuntojen jälkeen tekijällä oli mahdollisuus reflektoida ryhmästä nousseita ajatuksia sekä tunteita niin ohjaajaparin kuin esimiehen kanssa. Ryhmän jälkeiseen aikaan pyrittiin jättämään tilaa prosessoinnille eikä samana päivänä ollut muita samantyyppisiä ryhmänohjaustilanteita. Koko prosessin ajan oli käytettävissä myös työnohjaajan tuki. Koska tekijällä on psykiatrisen sairaanhoitajan ja ryhmäpsykoterapeutin koulutus sekä pitkä kokemus päihdekuntoutuksessa työskentelystä, auttoi se ehkä herkemmin havaitsemaan sekä ryhmä- että asiakaskohtaamistilanteissa mahdollisen emotionaalisen kuormituksen sekä tarvittaessa tukemaan ja säätelemään sitä.

Tutkimuksen uskottavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut kulkevat yhdessä. Uskottavuus perustuu siihen, että tutkija noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Siihen sisältyy tiedeyhteisön tunnustamien toimintatapojen noudattaminen, soveltavat eettisesti kestävät tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät sekä avoimuuden toteuttaminen tuloksia julkistaessa. Eettisesti tärkeää on myös muiden tutkijoiden kunnioitus ja tutkimustulosten yksityiskohtainen suunnittelu-, toteutus- ja raportointi. (Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet 2008.) Tutkimussuunnitelma tehtiin laadukkaasti, rehellisesti sekä huolellisesti. Tutkimusasetelma oli kiinnostava ja ajankohtainen. Analyysivaihe tehtiin huolellisesti, kuten myös tulosten raportointi. Tuloksia arvioitiin kriittisesti. Lisäksi tutkijaa ohjasi koko prosessin ajan sitoutuminen tehtävään opinnäytetyöhön, halu oppia siitä ja lisätä tietoa sekä ymmärrystä aiheesta. Tätä tuki työelämälähtöisyys sekä oma halu kehittää ja löytää uutta suuntaa nykyisille työ- ja toimintatavoille.

7.2 Luotettavuus

Tutkimuksen luottavuuden arviointi on aina välttämätöntä tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta. Luotettavuuden arvioinnissa selvitetään, kuinka totuudenmukaisesti tutkija on tutkimuksellaan kyennyt tuottamaan tietoa. (Kylmä & Juvakka 2007, 18, 127.) Tekijä on saanut analysoitavan tiedon suoraan osallistujilta sekä käsitellyt sen itse. Tiedon analysointi ja luokittelu tehtiin huolellisesti sekä kaikki käsitelty tieto tarkastettiin useaan kertaan. Tuloksia tarkasteltiin tutkimuskysymyksiin peilaten ja tekijä pyrki tarkastelemaan käsittelemäänsä tietoa kriittisesti. Toimintatutkijan rooli luotettavuuden näkökulmasta oli haastava. Tutkimuspäiväkirjan merkintöjen säännöllinen ylläpito auttoi itsereflektoinnissa ja luotettavuuden kannalta merkittävän kriittisyyden toteuttamisessa.

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan reliabiliteetilla eli mittaustulosten toistettavuudella. Se tarkoittaa mittarin kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Validiteetilla eli pätevyydellä tarkoitetaan, että on tutkittu juuri sitä, mitä on tarkoituskin tutkia. (Hirsjärvi ym. 2009, 231; Tuomi & Sarajärvi 2009, 136.) Tässä opinnäytetyössä tekijällä oli lisäksi käytössä validit mittarit (SRS ja Asiakkaan kokemus ahdistuksesta -mittarit), joita on hyödynnetty kansainvälisesti. Mittarien avulla kerätyt numeraaliset arviot antoivat vastauksen juuri niihin tutkimuskysymyksiin, joihin tutkija vastauksia etsi. Luotettavuuden varmistamiseksi vastaukset ja arviot käytiin läpi useampaan kertaan. Luotettavuutta vahvisti myös se, että tekijä sai aineiston suoraan tutkittavilta, ilman välikäsiä. Lisäksi mittari oli tutkijalle tuttu. Aineiston analysointi mittareista saatavien tulosten osalta aloitettiin heti sen jälkeen, kun aineistoa alkoi muodostua.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida uskottavuudella, vahvistettavuudella, refleksiivisyydellä sekä siirrettävyydellä. Tutkimuksen uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten totuusarvoa sekä sen osoittamista tutkimuksessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–128.) Tämän tekijä huomioi siten, että suoritti itse kaikki tutkimuksen eri vaiheet. Näin menetellen päästiin hyvin sisälle tutkimusaineistoon. Opinnäytetyön uskottavuutta voidaan lisätä viettämällä aikaa tutkittavan ilmiön äärellä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–128.) Tämän kehittämistoiminnan osalta ensimmäiset keskustelut ryhmän ideoimiseksi syntyivät keväällä 2011 ja viimeisiä tutkimustuloksia analysoitiin vielä kevään 2013 aikana. Lisäksi tekijä osallistui kaikkiin prosessin vaiheisiin suunnittelusta arviointiin sekä toimi myös ryhmän ohjaajana ollen mahdollisimman lähellä prosessia. Tekijällä oli lisäksi työssä tarvittava tietoperusta.

Aineisto kerättiin kohteena olevan ilmiön parhaiten tuntevilta eli asiakkailta itseltään. Tutkimukseen osallistuvien näkökulman esille tulon mahdollistamiseksi tutkittavaa ilmiötä lähestyttiin mahdollisimman avoimesti. (Kylmä & Juvakka 2007, 53,64.) Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen aineisto saatiin suoraan asiakkailta ilman välikäsiä ja heitä rohkaistiin mahdollisimman avoimeen palautteenantoon. Aluksi palaute annettiin suullisesti ja kirjallisesti. Myöhemmin palaute annettiin ainoastaan kirjallisesti, koska sen ajateltiin lisäävän luotettavuutta arkaluontoisen asian suhteen. Tutkittavan ei tarvinnut kertoa ajatuksiaan muun ryhmän kuullen, vaan palaute tuli suoraan tutkijalle. Uskottavuutta vahvistaa tutkimuksen tekijän pitämä tutkimuspäiväkirja, jossa hän kuvaa kokemuksiaan ja pohtii valintojaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.)

Tutkimuspäiväkirjan avulla oli helppo palata muistiinpanojen ja merkintöjen kannalta oleellisimpiin havaintoihin tutkimuksen edetessä. Se myös auttoi palauttamaan mahdollisimman hyvin todelliset tapahtumat ja niihin liittyvät yksityiskohdat mieleen.

Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin ja edellyttää tutkimusprosessin kirjaimista siten, että toinen tutkija voi seurata tutkimusprosessin kulkua pääpiirteittäin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Työn vahvistettavuuden parantamiseksi pidettiin tutkimuspäiväkirjaa, johon tekijä kuvasi kokemuksiaan ja pohti opinnäytetyön tekoon liittyviä valintojaan. Raportissa ja liitteessä on kuvattu prosessin eteneminen ja analyysiprosessit, joiden avulla niin lukija kykeni seuraamaan työn etenemistä.

Refleksiivisyys edellyttää, että tutkimuksen tekijän on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Luotettavuuden kannalta tutkijan perehtyneisyys, suhde tutkittaviin ja tietoisuus ennakkokäsityksistä ovat tärkeitä asioita (Nieminen 1999, 217–218). Opinnäytetyön tekijä on pohtinut ja arvioinut refleksiivisyyttään siten, että prosessi toteutettiin tekijän omassa työyhteisössä, omien asiakkaiden kanssa ja että tuloksiin saattoi vaikuttaa tämä tuttuus joko kriittisen ja/tai positii-visen palautteen antamisen vaikeutena tai helppoutena. Ryhmäistuntojen ulkopuolella tutkija ei käynyt opinnäytetyöhön tai palautteisiin liittyviä keskusteluja osallistujien tai ohjaajien kanssa eikä pyrkinyt muutenkaan vaikuttamaan tuloksiin. Refleksiivisyyteen vaikutti lisäksi tutkijan oma toiminta sekä uskomukset ja arvot. Uhkana oli tarkastella osallistujien kertomuksia oman kehyksen ja uskomusten läpi. Tätä pyrittiin ehkäisemään siten, että havaintojen luotettavuutta sekä puolueettomuutta lisättiin keskustelemalla ja reflektoimalla ohjaajaparien kanssa. Tässä tekijältä vaadittiin erityistä herkkyyttä aistia asiakkaiden tilanne ja toisaalta kykyä motivoida, etenkin uusia, ohjaajapareja. Tekijältä odotettiin myös muun työyhteisön motivointia kehittämistyöhön. Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Koska tämän toimintatutkimuksen tarkoituksena oli muuttaa ja kehittää asioita tietyssä ympäristössä, ei tuloksia voi suoranaisesti siirtää vaan ne toimivat mahdollisesti mallina.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskeskustelussa nousee esille kysymykset totuudesta ja objektiivisesta tiedosta. Keskeistä on erottaa toisistaan havaintojen luotettavuus ja niiden puolueettomuus. Kriittisesti tätä voi tarkastella siitä näkökulmasta, että tutkija on tutkimusasetelman luoja ja tulkitsija. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134–136.)

Tässä työssä tekijä on tiedostanut tämän ja pyrkinyt ottamaan sen huomioon koko prosessin ajan. Oma pyrkimys on olla objektiivinen, jotta tilannetta on kyennyt tarkastelemaan riittävän etäältä ja toisaalta välillä on tarkasteltava omia ajatustapoja kehittämistyön kannalta. Lisäksi tekijällä oli käytössään validit mittarit, jolla tilastollista tietoa tuotettiin sekä muutosta kuvattiin. Tutkimuksen luotettavuuden parantamiseen on olemassa muutamia tekniikoita. Laadullisen tutkimuksen perusvaatimus luotettavuuden kannalta on se, että tutkijalla on riittävästi aikaa tehdä tutkimus. Keskeistä on pitää huolta tutkimusprosessin julkisuudesta. Myös tutkimusta käyttävien kommentteja liittyen tuloksiin sekä johtopäätöksiin voi käyttää luotettavuuden vahvistamisessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 142.) Tässä opinnäytetyössä tekijällä oli riittävästi aikaa työn tekemiseen, analysointi aloitettiin hyvissä ajoin sekä keskusteluja osallistuvien asiakkaiden kanssa käytiin viikoittain. Tämän opinnäytetyön luotettavuuden haasteeksi muodostuivat ryhmäkoon vaihtelut, ryhmään osallistuneiden ohjaajien kokemuksen vaihtelut, uuden ryhmäkokonaisuuden aloittamiseen liittyvät haasteet sekä ryhmän jäsenten vaihtuvuus.

7.3 Tulosten tarkastelu

Tämän luvun tarkoituksena on tarkastella tämän opinnäytetyön tuloksia suhteessa aiempaan teoreettiseen tietoon. Lopuksi tarkastellaan kehittämis- ja jatkotutkimusehdotuksia.

7.3.1 Asiakkaiden ahdistuksen tunne ryhmän aikana

Tämän tutkimuksen osallistuneet asiakkaat kokivat ahdistuksen tunteen ryhmän aikana joko helpottaneen ($n=14$), vahvistuneen ($n=4$) tai vaihtelevan ($n=10$). Ahdistus nousi esiin joko positiivisina tai negatiivisina tunteina. Tunteet näyttäytyivät ja tulivat esille niin psyykkisinä, fyysisinä kuin sosiaalisina tuntemuksina tai kokemuksina. Ahdistuksen tunne näyttäytyi myös vetäytymisenä itsestä tai muista. Vieraantuminen näyttäytyi niin verbaalisena (avun pyytämisen vaikeus tai keskustelun aloittamisen hankaluus) kuin sosiaalisena (mitä muut ajattelevat tai huoli tulevaisuudesta) vetäytymisenä. Sosiaalisia tilanteita välttelevä ja pelkäävä työstää omaa hyväksytyksi tulemisen tunnettaan sosiaalisissa tilanteissa.

Ensisijainen hoitomuodoksi on osoittautunut kognitiivinen ryhmäterapia. Oleellista on terapiaan sisällytetty altistus. (Ranta ym. 2011, 264–266.) Toisaalta ryhmässä tapahtuva vuorovaikutus ja sosiaalinen altistus näyttivät vaikuttavan päinvastaisena, jolloin esiintyi eräänlaista sosiaalista vetäytymistä. Tämän tuloksen osalta saatiin eroavuutta aiempaan tietoon. On kuitenkin mahdotonta sanoa, vaikuttaako tämä kokemus asiakkaan selviytymistaitoihin erilaisissa vuorovaikutustilanteissa myöhemmin ja/tai pidemmällä tähtäyksellä. Toisaalta ryhmässä altistuminen sosiaaliselle vuorovaikutukselle näytti tukevan ahdistuksen tunteen ”läpielämisessä” ja uusien selviytymiskeinojen löytämisessä. Ahdistuneisuushäiriössä esiintyy tyypillisesti murehtimista, joka liittyy sosiaalisiin vuorovaikutustilanteisiin ja näistä huolehtimisiin. Kognitiivinen terapia vähentää aikuisten ahdistusoireita. (Karukivi & Haapasalo-Pesu 2012, 951–953.) Keskeinen asia on omien tunteiden näkeminen myönteisemmässä, sallivammassa valossa ja tunteiden kontrollista luopuminen. Myös joustavuus omien tunnereaktioiden suhteen auttaa. (Rantanen, Partinen, Kajaste & Ojala 2000, 1953.) Tämän opinnäytetyön tuloksien mukaan eräs keskeinen asia muutostyössä oli juuri opetella myönteisempää ja sallivampaa suhtautumista omiin tunteisiin sekä sosiaaliseen verkostoon.

Stenmanin tutkimuksessa muutosprosessin keskeisiä sisältöjä olivat tunteiden tunnistaminen, käsitteleminen ja sääteleminen (Stenman 2011, 56). Tunne-elämän on mahdollisuus kehittyä ja omia sisäisiä konflikteja on mahdollisuus käsitellä ryhmässä syntyvissä vuorovaikutustilanteissa. Minän on mahdollisuus vahvistua ja oivallus omista reaktioista tulla tietoisemmaksi. (Aaltonen ym. 2009, 1789–1790.)

Ryhmän tavoitteena voi olla oireiden helpottaminen, tunne-elämän tasapainon saavuttaminen, kyky selviytyä paremmin sosiaalisissa tilanteissa tai saada oivallusta suhteessa itseensä ja ihmissuhteisiinsa (Kajamaa 2005, 360–363). Hoidollisia tekijöitä ryhmässä ovat ryhmään kuuluminen, avautuminen ja hyväksyntä. Ryhmässä hoitaa myös tiedon jakaminen. (Kuhanen ym. 2010, 116.) Tässä opinnäytetyössä saatiin samansuuntaisia tuloksia siltä osin, että muutosprosessiin liittyivät tunteet, tunteiden ilmaisu ja niiden käsitteleminen. Tulokset tukivat myös aiempaa tietoa, jonka mukaan tunne-elämää on mahdollisuus käsitellä ja saada oivalluksia ryhmässä tapahtuvissa vuorovaikutustilanteissa ja sen sosiaalisessa ympäristössä. Ryhmän luomat puitteet altistavat ahdistuneen asiakkaan omien tunteiden kohtaamistilanteisiin.

Tulosten mukaan oivallus omasta itsestä sekä suhteesta muihin ihmisiin tulee vuorovaikutuksen kautta tietoisemmaksi. Ryhmässä ahdistuksen tunteen helpottamista tuki myös tiedon antaminen ja saaminen. Kognitiivinen terapia on vaikuttava, kun asiakkaalla on tunnesäätelyn ongelma, kuten ahdistuneisuushäiriö. Vaikeiden tunteiden käsittely turvallisessa terapiasuhteessa vahvistaa asiakasta. (Laukkanen 2012, 1055–1059.)

Tunteet, ajattelu ja toiminta kietoutuvat toisiinsa ja muutos yhdellä alueella sysää eteenpäin muutoksia toisella alueella. Turvalliseksi koetussa ryhmässä ja vertaistuen avulla voi olla helpompi kokeilla uudenlaisia tapoja ja altistaa itsensä jännittäväksi koetulle tilanteelle. (Kunttu ym. 2006, 4586–4587.) Tunteet vahvistavat ryhmään kuulumista ja tunteiden säätely kehittyy vuorovaikutuksessa muun muassa havainnoimalla. Olemassa olevalla tunneilmastolla on myös tärkeä merkitys. Myönteinen ja hyväksyvä ilmasto auttaa tunteiden säätelyn kehittämisessä. Terveiden kannalta uhkaavaa on kielteisten tunnekokemusten märehtiminen ja tunneilmaisun tukahduttaminen, joka ilmenee esimerkiksi ahdistuneisuutena. Tähän liittyy usein huonoa terveyskäyttäytymistä, kuten päihteidenkäyttöä. (Kokkonen & Kinnunen 2008, 4541–4547.) Tämän opinnäytetyön tulokset olivat samansuuntaisia, sillä ahdistuksen ja masennuksen hoidossa on mahdollisuus omalla ajattelulla opetella vaikuttamaan omiin tunteisiin ja lopulta siihen tapaan, miten toimii ja millaisia ratkaisuja tekee. Jos ryhmä koetaan turvalliseksi ja ympärillä on vertaistukea, on helpompi opetella tunteiden säätelyä ja ilmaisua sekä vahvistaa sitä kautta kokemusta ryhmään kuulumisesta.

7.3.2 Asiakkaiden kokemus ryhmästä

Asiakkaiden arvioidessa kokemustaan ryhmästä kokemus ryhmässä olosta nousi yhdeksällä ja kokemustaan kuvaili vaihtelevaksi seitsemäntoista ryhmään osallistunutta asiakasta. Kokemus ryhmästä pysyi samanlaisena seitsemällä asiakkaalla; kaikki nämä osallistuivat ryhmään kerran. Yksi asiakas ei palauttanut lainkaan arviota kokemuksestaan ryhmästä. Oma oleminen ryhmässä koettiin joko positiivisena tai negatiivisena kokemuksena.

Positiivista kokemusta kuvailtiin itseymmärryksen vahvistumisella ja keskittymiskyvyn parantumisella. Negatiivista kokemusta kuvailtiin puolestaan vaihtelevana ahdistuneisuutena ja keskittymiskyvyn vaikeutena. Asiakkaiden arvioidessa Kokemuksiaan ryhmä-

män toteutumisesta ja sen vaikutuksesta omaan kuntoutumiseen nousi esille sekä rauhallisen käsittelytavan sekä vertaistuen ja muun ryhmän tärkeä merkitys. Miettinen on tutkinut Sosiaalisten tilanteiden pelon ryhmähoitoa. Tutkimuksen mukaan vertaistuellä oli suuri merkitys muutostyössä ja ahdistus sekä pelot vähenivät lähes kaikilla tutkimukseen osallistuneilla. (Miettinen 2008, 53–56.) Ryhmäterapiat soveltuvat asiakkaille, jotka vetäytyvät sosiaalisista kontakteista ihmissuhde- ja tunneilmaisuvaikeuksien vuoksi. Ryhmässä on mahdollisuus samaistua ja jakaa yhteisiä kokemuksia, oppia uusia reaktiomalleja sekä peilata varhaisia suhteita ja saada vertaistukea. (Aaltonen ym. 2009, 1789–1790). Tuloksista nousi esille vertaistuen ja toisten ryhmään osallistuneiden kuten myös ohjaajien tuen ja läsnäolon merkityksen tärkeys. Oma rooli ryhmässä koettiin merkitykselliseksi. Ryhmässä oli samaistumisen sekä yhteisten kokemusten jakamisen mahdollisuus, mikä edesauttoi sosiaalisten kontaktien synnyttämistä.

Ryhmäterapia on osoittautunut tehokkaaksi. Pysyviä hoitotuloksia tukee osallistujien reagointitapojen muokkaus ja ahdistusta laukaisevien tekijöiden tunnistamisen opettelu. Uudet näkökulmat ja vaihtoehtoiset tavat ajatella tukevat muutosta. (Holmberg & Kähkönen 2009, 1951–1952.) Ryhmän terapeuttisia tekijöitä ovat tiedon saaminen, oireiden hallintakeinojen lisääntyminen, itsetuntemuksen lisääntyminen ja kokemusten jakaminen ryhmässä ja ymmärretyksi tuleminen. (Rantanen ym. 2000, 1956.) Tämän opinnäytetyön tulokset olivat samankaltaisia siinä suhteessa, että ryhmässä oli mahdollisuus pohtia, miten omat ajatukset, mielikuvat, tunteet ja oireet sekä toiminta liittyvät toisiinsa. Auttaviksi tekijöiksi nimettiin se, että oli mahdollisuus etsiä vaihtoehtoisia selviytymiskeinoja yhdessä muiden kanssa. Oli mahdollisuus kokea, ettei ole yksin ahdistuksen kanssa, vaan muut ovat käyneet läpi samankaltaisia asioita. Tulokset vastaavat aiempaa teoriatietoa myös siltä osin, että asiakkaat ovat ryhmän kautta onnistuneet oppimaan uusia reaktio- ja käyttäytymismalleja vertaistuen sekä ohjaajien tukemana.

Terapiassa auttaa haitallisten kognitioiden uudelleenmuotoilu, ongelmanratkaisu ja altistaminen (Karukivi & Haapasalo-Pesu 2012, 953). Jäsenillä on ryhmässä mahdollisuus peilata varhaisia suhteita. Kun ryhmän jäsenet jakoivat keskenään kokemuksiaan ryhmäistunnoissa, itseymmärrys vahvistui.

Tämän mahdollisti turvallisuuden tunne, jota tuki rauhallinen lähestymistapa asioihin. Päättavoite ryhmässä onkin itsearvostuksen ja hyväksynnän lisääminen (Kunttu ym. 2006, 4586–4587). Samankaltaisia tuloksia saatiin tämän opinnäytetyön osalta itseym-

määräyksen vahvistumisena, jota tuki rauhallinen lähestymistapa asioihin. Itsearvostuksen koettiin vahvistuvan.

Ryhmään voi liittää rentoutumisen ja stressinhallinnan harjoittelua hengitys- ja äänenkäytön sekä mielikuvaharjoitusten avulla (Kunttu ym. 2006, 4587). Keskeinen osa-alue hoitoa ovat rentoutusharjoitukset (Karukivi & Haapasalo-Pesu 2012, 953). Rentoutusharjoitukset toimivat terapeuttisena tekijänä (Rantanen ym. 2000, 1956). Rentoutumisen taito on tärkeä pelko- ja jännitysoireiden hallinnassa. Tehokkaan rentoutumisen opettelu on täyttä työtä. Se edellyttää lähes päivittäistä harjoittelua. (Huttunen 2008, 167.) Myös tässä opinnäytetyössä nousi rentoutus- ja tietoisuustaitoharjoitusten sekä rauhallisen lähestymistavan merkityksellisyys muutostyötä tukevaksi asiaksi. Mielikuvaharjoitukset koettiin myös tärkeiksi. Rentoutumisen ja tietoisuustaitoharjoitusten opettelu koettiin tärkeäksi.

7.3.3 Keskeisiä asioita ryhmäprosessissa

Ryhmäprosessissa ryhmäistuntojen aikana on keskeistä huomioida rauhallisuuden, luottamuksellisuuden sekä turvallisuuden ilmapiiri. Tätä tukee niin ryhmän ulkoisten puitteiden (aika, paikka, tila) kuin sisäisten puitteiden (terapeutin mieli) mahdollisimman hyvä olemassaolo.

Molnos (1995) Leinosen mukaan tarkoittaa settingillä puitteita, jotka ovat muuttumattomat ja jotka luovat edellytyksen terapeuttiselle prosessille juuri muuttumattomuutensa kautta. Puitteiden merkitys ryhmäpsykoterapiassa on tärkeä kahdesta syystä; ryhmän tavoitteiden ja turvallisuuden kannalta. Ryhmäpsykoterapiassa pitäisi toiminnalle asettaa aina selvät tavoitteet, joista terapeutin tulee olla tietoinen. Ulkoinen setting voidaan jaotella kolmeen eri rakenteeseen, joilla on tehtävänsä ja paikkansa psykoterapeuttisessa hoidossa. Ryhmäpsykoterapian puitteet on jaettu Molnoksen (1995) mukaan: ajan, paikan ja tilan merkitys sekä psykologinen sopiminen ja kanssakäymistä ohjaavat periaatteet. (Leinonen 2005, 153.) Vertailtaessa tämän opinnäytetyön tuloksia aiempiin tutkimustuloksiin, tukevat ne toisiaan. Koko ryhmäterapiaprosessin perustana oleva rauhallisuuden, turvallisuuden ja luottamuksellisuuden periaate edellyttää niin ulkoisilta kuin sisäisiltä puitteilta sitä tukevia ratkaisuja. Paikan ja tilan osalta on merkityksellisin samana pysyvä, kodinomainen ryhmäistunto-tila, jonka tulisi olla häiriötön. Ajallinen

säännöllisyys (1-2 kertaa viikossa x 1,5 tuntia) sekä täsmällisyys ja terapiaprosessin yleisistä sopimuksista kiinni pitäminen tukevat vahvan ryhmätunteen muodostumista. Aika muodostui merkitykselliseksi myös ryhmäistuntojen päättymisen jälkeen. Se loi mahdollisuuden kokemusten vaihtoon, niin asiakkaiden kuin ohjaajien osalta.

Molnos (1995) Leinosen mukaan sisäinen setting edustaa terapeutin mieltä ja hänen suhdettaan ryhmään jäseniin sekä menetelmään. Terapeuttisilla menetelmillä eli puhumisen tavoilla tarkoitetaan terapeutin tapaa reagoida ryhmässä esille tuleviin asioihin, jotta ryhmän jäsenten itseymmärrys kasvaisi. (Molnos 1995, Leinonen 2005, 145–150, 153.) Terapeuttisella distanssilla tarkoitetaan sitä psykologista välimatkaa tai etäisyyttä, joka on psykoterapeutilla ja hänen hoidettavansa välillä. Distanssi pitää sisällään ammatillisen roolirajan, jota ei tulisi ylittää. (Pylkkänen 2001, 660.) Tämän opinnäytetyön tulosten kuin aiempien tutkimustulosten mukaan terapeutin rauhallinen, levollinen ja hyväksyvä asenne tukee jäsenten itseymmärryksen vahvistumista sekä ryhmäprosessin kehittymistä. Toisaalta tarvitaan ”terapeuttista etäisyyttä”, joka näyttäytyy siten, ettei terapeutti pohdi ryhmän jäsenten kanssa esimerkiksi omia henkilökohtaisia asioita.

Vahva ryhmätunne on eräs luotettavimmista myönteisistä ennusteista ryhmän tavoitteiden saavuttamisen suhteen. Jäsen on valmis samaistumaan muihin ryhmän jäseniin ja ohjaajiin. (Kajamaa 2005, 360–363.) Ryhmän kiinteyttä tuki niin tämän opinnäytetyön tulosten kuin aiemman teorian mukaan ohjaajien terapeuttinen asenne; rauhallinen lähestymistapa, kyky eläytyä sekä ammattitaito. Ryhmäkoon kasvaessa haasteeksi nousi rauhallisuuden säilyttäminen ryhmäistunnoissa. Ahdistuksen ja jännityksen tunteet nousivat herkemmin pintaan niin ohjaajilla kuin ryhmän jäsenillä, jolloin oli vaikeampi keskittyä omaan tekemiseen ja läsnäoloon hetkessä. Ohjaajien kannalta ”omaa rauhoittumista ja mielen tyhjentämistä” ei tukenut tarpeiston ja välineistön kasaaminen sekä purkaminen ennen ja jälkeen ryhmäistunnon. Usein tähän liittyi myös aikataulullisia haasteita. Ohjaajien keskinäinen yhteistyö ja toistensa tunteminen muodostuivat merkityksellisiksi rauhallisuuden sekä eläytymiskyvyn säilyttämisen kannalta. Kysymykset siitä, miten roolit ryhmän kuluessa jaetaan, toiseen luottamisen merkitys ja erilaisten persoonien keskinäisen yhteistyön sujuminen vaikuttivat paitsi rauhallisen lähestymistavan olemassaoloon, myös ryhmän kiinteyden muodostumiseen edesauttamiseen. Tätä tuki ammattitaito; pitkä työkokemus ja asianmukainen terapeuttinen kouluttautuminen. Sen avulla on ollut mahdollisuus käydä läpi itselle vaikeita tunteita ja vahvistaa omaa

itsetuntemustaan siten, etteivät ne aktivoidu ryhmätilanteissa haitallisesti esille. Tätä tuki olemassa oleva pitkä työkokemus sekä avoin, utelias ja motivoitunut asenne sekä suhtautumistapa lähestyä ryhmää ja sen yksittäisiä jäseniä. Jos terapeutti ei ole käsitellyt itselle vaikeita tunteita omassa terapiassa, saattavat ne muodostua uhkaksi settingille. Terapeutti ei kykene suojelemaan ryhmän jäseniä liialta ahdistukselta, kun omat käsittelemättömät tunteet aktivoituvat haitallisesti. Hoitomuodossa on merkitystä ryhmäterapeutin ohjauksella ja ryhmän toisten jäsenten antamalla vertaistuellalla. (Aaltonen ym. 2009, 1789–1790.)

7.4 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön ryhmätoiminnan kehittäminen jatkuu, sillä kysymyksessä oli vasta prosessin pilottivaihe. Jatkossa voisi tehostaa Tunnetaitoryhmän ja tunne-elämään liittyvien yksilökeskustelujen tiivistämistä. Asiakas voisi esimerkiksi osallistua Tunnetaitoryhmään ja kokonaisuuteen liitettäisiin tehostetusti yksilökeskusteluja tunne-elämään liittyvistä aiheista omahoitajan kanssa. Ryhmätilanteessa ohjaajien alustamaa sekä yhdessä keskustellen läpikäytyä asiaosuutta voisi käyttää yksilökeskusteluiden tukena sekä samalla ohjata asiakasta oppimaan uutta, myönteisempää ja itselle uteliaampaa ajattelutapaa sekä sen hyödyntämistä erilaisissa arjen toiminnoissa. Yksilöistunnoissa olisi puolestaan mahdollisuus ehkä syvällisemmin paneutua aiheeseen liittyviin kysymyksiin tai vaikkapa yhdessä ohjaajan kanssa tehdä tehtäviä työkirjasta.

Tämä saattaisi olla erityisen hedelmällistä asiakkaille, joille ryhmätilanteet sinänsä ovat hyvin ahdistavia ja jotka mahdollisesti tarvitsisivat joko aluksi tai ryhmän kuluessa lisätukea paremman psyykkisen hyvinvoinnin tueksi. Vaihtoehtoja voisi kehittää esimerkiksi siten, että kuntoutus aloitetaan yksilötyöskentelyllä ja ryhmän tuki sekä osallistuminen siihen toteutuisi myöhemmin kuntoutussuunnitelmaan mukaisesti. Toinen vaihtoehto olisi aloittaa ryhmämuotoisella työskentelyllä, jonka jälkeen on mahdollisuus jatkaa yksilötyön keinoin. Kaikkiaan keskustelua ryhmämenetelmien ja yksilötyön yhdistämisestä ja niihin liittyvistä vaihtoehtoista ei juuri ole, eikä tutkimuksiakaan ole juuri tehty. Yleisesti tiedetään ja joitain uusimpia artikkeleita (Karukivi & Haapasalo-Pesu 2012) aiheesta on, että nämä kaksi erilaista lähestymistapaa ja niiden parhaiden puolien yhdistäminen saattaisivat olla edullisella tapaa täydentäviä työkaluja toisilleen, kun halutaan saada keinoja ahdistuksen tunnistamiseen, ilmaisuun, käsittelyyn sekä ar-

viointiin. Eräs jatkokehittämisehdotus voisi on tähän liittyvän työkirjan edelleen kehittäminen, uudelleen suunnittelu ja toteuttaminen.

Jatkokehittämisehdotuksena esitän myös sekä nykyisen ryhmämallin että tässä kehitettävän ryhmätoiminnan hyödyntäminen yleisemmin päihde- ja mielenterveystyössä. Mallia voisi hyödyntää esimerkiksi A-klinikoilla, mielenterveystoimistoissa sekä päihdehoitajan tai vaikkapa depressiohoitajan vastaanotolla käytettäväksi. Ehdottaisin jatkotutkimusaiheeksi myös suljetun ryhmän tarkastelua.

Tuloksia on mahdollisuus edelleen hyödyntää Tunnetaitoryhmän kehittämistyössä sekä jatkaa sen seuraamista, mikä vaikutus Tunnetaitoryhmällä on ollut asiakkaiden ahdistuksen kokemiseen pidemmällä aikavälillä. Seurannan kehittäminen esimerkiksi yhteistyössä intervalliasiakkaiden kanssa voisi olla eräs kehittämis- ja jatkotutkimusehdotus. Palautetta ja kokemuksia kerättäisiin koko kuntoutusjatkumon ajalta peruskuntoutukselta intervallijaksoille, jolloin aineistoa olisi mahdollisuus saada jopa yli puolen vuoden ajalta yksittäisen muutostyötä asiakkaan osalta. Pidemmän aikavälin seuranta antaisi todennäköisesti vielä luotettavampaa tietoa niin ryhmän vaikuttavuudesta asiakkaiden ahdistuksen kokemukseen sekä sen vaikutuksista elämänhallintaan ja raitistumiseen.

LÄHTEET

- Aalto, M. 2010. Mielenterveys ja alkoholi. Teoksessa Seppä K., Alho H. & Kiianmaa K. (toim.) Alkoholi-riippuvuus. Hämeenlinna: Duodecim. Kariston kirjapaino Oy, 183–188.
- Aaltonen, J., Jaakkola, I., Luutonen, S., Pölönen, R., & Riikonen, E. 2009. Masennuspotilaan psykoterapiat. Teema masennus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 125 (16), 1787–1794.
- Alkoholi tappaa työkäisiä. 2013. Tilastokeskuksen kuolemansyyn-tilasto 2011. Tiimi. Päihdetyön erikoislehti 1, 4.
- Bourne, E. 1995. Vapaaksi ahdistuksesta. Työkirja paniikista ja peloista kärsiville. Rikurex kustannus.
- Ehrling, L. 2009. Yhteisen ymmärryksen rakentuminen päihdehuollon ensitapaamisissa. Teoksessa Tammi, T., Aalto, M., ja Koski-Jännes, A. (toim.) Irti Päihdeongelmasta. Helsinki: Edita, 145–170.
- Heikkinen, H. 2010. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki. Hansaprint Direct Oy, 16–19.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Holmberg, N. & Kähkönen, S. 2009. Sosiaalisten tilanteiden pelon ja yleistyneen ahdistuneisuushäiriön kognitiivinen psykoterapia. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 125 (18), 1949–1956.
- Hovatta, I. 2011. Mistä ahdistuneisuushäiriöt johtuvat? Tulostettu 11.2.2012. www.tietysti.fi/fi/T/Tiedeuutiset2/Tata-tutkimme/Mista-ahdistuneisuushairiot-johtuvat
- Huovinen, T. & Rovio, E. 2010. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Hansaprint Direct Oy, 94–113.
- Huttunen, M. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. Sairauden hallinta: ahdistuneisuus ja pelko-oireiset häiriöt. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Ilomäki, R. 2012. Substance use disorders in adolescence: Comorbidity, temporality of onset and sociodemographic background: A study of adolescent psychiatric inpatients in Northern Finland. Oulun yliopisto. Lääketieteen tiedekunta, kliinisen lääketieteen laitos. Psykiatria. Väitöskirja.
- Isometsä, E. 2006. Paniikkihäiriö. Teoksessa Aalberg, V., Aaltonen, J., & Eronen, M. Psykiatria. Helsinki: Duodecim kustannusosakeyhtiö, 223–237.

Jauhiainen, R. & Eskola, M. 2000. Ryhmäilmiö. Perustietoa ryhmän käytöstä ja ryhmätyöstä sosiaalityöhön sovellettuna. Juva: WSOY.

Jäntti, T. 2011. Kaksoisdiagnoosiasiakkaan palvelutarpeen määrittäminen asiakasnäkökulmasta. Vaasan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelma. Ylempi ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö.

Kaipio, K. & Ruisniemi, A. (toim.) 2009. Ihan oikea ihme – kirjoituksia päihdetyöstä. Vapaan Alkoholistihuollon Kannatusyhdistys – VAK ry:n juhlakirja. Jyväskylä: Gummerus.

Kajamaa, R., 2005. Lyhytkestoiset psykoterapiaryhmät. Teoksessa Pölönen, R. & Sitolampi, T. Ryhmä hoitaa – teoriaa ja käytäntöä. Helsinki: Yliopistopaino, 359–367.

Kajaste, S. 2008. Sosiaalinen fobia ja paniikkihäiriö. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. Duodecim: Hämeenlinna: Karisto, 135–153.

Kalska, H. 2012. Älä työnnä siitä, mistä ei liiku. Neuropsykologisia maamerkkejä psykoterapian kulussa. Teoksessa Eronen, S. & Lahti-Nuuttila, P. (toim.) Mikä psykoterapiassa auttaa? Integratiivisen lähestymistavan perusteita. Helsinki: Edita, 250–273.

Kansanterveyslaitos. 2002. Terveys- ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000-tutkimuksen perustulokset. Helsinki.

Karukivi, M. & Haapasalo-Pesu, K-M. 2012. Nuorten yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoito. Suomen Lääkärilehti 67 (12), 949–954.

Kashdan, T. & Roberts J. 2011. Comorbid social anxiety disorder in clients with depressive disorders: Predicting changes in depressive symptoms, therapeutic relationships, and focus of attention in group treatment. University of Buffalo. Department of Psychology. George Mason University. Behaviour Research and Therapy. 49, 875–884.

Keski-Luopa, L. 2011. Ahdistus – sairauden oire vai perusvirittyneisyys elämään. Psykoterapia 11 (3), 265–281.

Klemelä, E. 2005. Ryhmä yksilön sielun näyttämönä. Wilfred R. Bionin teorioista ja metodista. Teoksessa Hyypä, L., Keski-Luopa, L., & Ruotsalainen, S. (toim.) ”Ettemme olisi kuin lampaat...” Syventäviä tekstejä organisaatioiden psykodynamiikasta ja tutkimuksesta. Oulu: Metanoia instituutti, 1-46.

Knekt, P., Lindfors, O. ja Laaksonen, M. 2010. Helsingin Psykoterapiatutkimus - psykoterapioiden vaikuttavuus viiden vuoden seurannassa. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 33/2010. Helsinki.

Koivula, L. 2008. Sama tausta vapautti puhumaan mielen kivuista. Suomen Lääkärilehti 63 (17), 1574–1576.

Kokkonen, M. & Kinnunen, M-L. 2008. Tunteiden säätely terveyden osatekijänä. Suomen Lääkärilehti 51–52 (63), 4541–4548.

- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveys-hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kunttu, K., Martin, M., & Almonkari, M. 2006. Nykyopiskelijakin jännittää esiintymistä, mikä avuksi? Suomen Lääkärilehti 61 (44), 4585–4588.
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Vastapaino.
- Kuusisto, K. 2010. Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen: Tutkimus muutoksesta hoidon ja vertaistuen avulla sekä ilman professionaalista hoitoa. Tampereen yliopisto. Sosiaalityön tutkimuksen laitos. Pro gradu – tutkielma.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy: Helsinki.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1999; 1 (11), 3-12.
- Laaksonen, E. 2009. Alkoholiriippuvuuden hoidon tehostaminen. Teoksessa Tammi, T., Aalto, M., ja Koski-Jännes, A. (toim.) Irti Päihdeongelmasta. Helsinki: Edita, 90–108.
- Laine, T. & Ylijokuri, V. 2008. Yleistynyt ahdistuneisuus. Teoksessa Kähkönen S., Karila I. & Holmberg N. (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. Duodecim. Hämeenlinna: Karisto, 120–134.
- Laukkanen, E. 2012. Nuorten psykoterapian uudet mahdollisuudet. Suomen Lääkärilehti 67 (13), 1053–1059.
- Lauri, S. 1998. Toimintatutkimus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 114–135.
- Leinonen, M. 2005. Mikä psykoterapiassa parantaa. Teoksessa Pölönen, R. & Sitolahti, T. (toim.) Ryhmä hoitaa – teoriaa ja käytäntöä. Yliopistopaino. Helsinki, 135–151.
- Leinonen, M. 2005. Puitteiden merkitys psykoterapiassa. Teoksessa Pölönen, R. & Sitolahti, T. (toim.) Ryhmä hoitaa – teoriaa ja käytäntöä. Yliopistopaino. Helsinki, 152–162.
- Melartin, T. 2011. Ahdistuneisuushäiriöt - luento. LT, psykiatrian dosentti ja erikoislääkäri Tarja Melartin luento 6.10.2011 Turun Ammattikorkeakoulu, Salon toimipiste.
- Miettinen, T. 2008. Sosiaalisten tilanteiden pelon ryhmähoito – ryhmäläisten ja vetäjien kokemuksia. Kuopion yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalipsykologian laitos. Pro gradu – tutkielma.
- Mikkonen, I. 1996. Sairastuneiden vertaisryhmät ja terveydenhuollon ammattilaiset. Teoksessa Matthius, A-L., Kotakari, U. & Nylund, M. (toim.) Välittävät verkostot. Tampere: Vastapaino, 217-225.
- Miller, S. & Duncan, B. 2001. The Effects of Feedback on Outcome. www.talkingcure.com

- Miller, WR. 2008. Motivaation ja muutoksen käsitteellistäminen. Teoksessa Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. (toim.) *Kohti muutosta. Motivaatiomenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin*. Helsinki: Tammi, 16–40.
- Molnos, A. 1995. A Question of time: Essentials of Brief Dynamic Psychotherapy Groups, *Int. J. Group Psychotherapy*, 31.
- Niemelä, J. 1999. Usko, hoito ja toipuminen. Tutkimus kääntymyksestä ja kristillisestä päihdehoidosta. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Väitöskirja.
- Niemelä, S. 2009. Nuorten päihdeongelmien ehkäisy ja hoito. Teoksessa Tammi, T., Aalto, M., ja Koski-Jännes, A. (toim.) *Irti Päihdeongelmasta*. Helsinki: Edita, 49–73.
- Nieminen, H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva: WSOY, 215–231.
- Nikkola, T. 2011. Oppimisen esteet ja mahdollisuudet ryhmässä. Syyllisyyden kehittyminen syntipukki-ilmiöksi opiskeluryhmässä ohjaajan tulkitsemana. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos. Väitöskirja.
- Orsillo, S. & Roemer, L. 2012. Mielekkäästi irti ahdistuksesta. Tietoisien läsnäolon menetelmä. Helsinki: Basam Books Oy.
- Plum, W. 2009. Mallien mylläkkää- hoidosta, arvioinnista, palautteesta ja yhteistyöstä. Teoksessa Kaipio, K. & Ruisniemi, A. (toim.) *Ihan oikea ihme – kirjoituksia päihde-työstä. Vapaan Alkoholistihuollon Kannatusyhdistys – VAK ry:n juhlaKirja*. Jyväskylä: Gummerus, 125–139.
- Pylkkänen, K. 2001. Psykoterapiapalvelut Suomessa. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. ja Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Hämeenlinna: Karisto Oy, 651–661.
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R. & Marttunen, M. 2011. Sosiaalisten tilanteiden pelko ja sen hoito eri ikäkausina. *Suomen Lääkärilehti* 66 (4), 261–268.
- Rantanen, J., Partinen, M., Kajaste, S. & Ojala, M. 2000. Paniikkihäiriöpotilaiden ryhmämuotoinen hoitomalli. *Suomen Lääkärilehti* 55 (18), 1951–1957.
- Riihimäki, K. 2008. Psykiatrinen päiväosasto: masennuspotilaiden hoitomalli. *Suomen Lääkärilehti* 63 (12–13), 1193–1195.
- Salminen, H. 1997. Ryhmäanalyysin perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Salminen, H. 1999. Ryhmän ja yksilön prosessit sisäkkäin. Teoksessa Arppo, M., Pölonen, R. & Sitolahti, T. (toim.) *Ryhmäpsykoterapian perusteet*. Helsinki: Yliopistopaino, 37–46.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Euroopan alkoholiohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2004:7.
- Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto. 2006–2007. Vertaistoiminnan perusteet. Helsinki. <http://www.stkl.fi/vertsi-k5.html>. 19.5.2012.

Stenman, U. 2011. Kuljit kanssani syvimpiin vesiin. Tapaustutkimus depressioasiakkaan psykodynaamisen musiikkiterapiaprosessin merkittävistä tekijöistä. Jyväskylän yliopisto. Musiikin laitos. Pro gradu – tutkielma.

Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet 2008. <http://www.aka.fi>

Suomen alkoholiohjelma 2008–2011. Aluehallintovirasto. <http://www.avi.fi>

Toivio, T. & Nordling, E. 2009. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vapaan alkoholihuollon kannatusyhdistyksen VAK ry:n toimintakertomus 2010.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Pautonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 26–34.

White, W. 2004. Addiction recovery mutual aid groups. An enduring international phenomenon. *Addiction* 99 (5), 532–538.

Vilkkä, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.

Zemore, S., Kaskutas, L. ja Ammon, L. 2004. In 12-step groups, helping helps the helper. *Addiction*, 99 (8), 1015–1023.

Taulukko 1. Aikaisemmat tutkimukset

1 (3)

Tutkimuksen tekijä, julkaisuvuosi ja tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus / tavoite	Tutkimuksen metodologia ja kohderyhmä	Keskeiset tulokset
Ilomäki, R. 2012. Päihdehäiriön komorbiditeetti, ajallisuus ja sosio-demografinen tausta psykiatrisessa osastohoidossa olevilla nuorilla.	Selvittää päihdehäiriön ja psykiatrisen sairastavuuden ajallista ilmenemistä nuoruuksväestössä.	Akuuttia psykiatrista sairaalahoittoa tarvitsevia 12–17 -vuotiaita potilaita (508).	Psykiatrisella sairastavuudella on merkittävä rooli päihdehäiriön kehittymiseen jo nuoruusiällä. Yleisimpiä häiriöitä olivat käytös-, masennus- ja pelkohäiriöt. Pelko- ja käyttöhäiriöt ilmenivät ajallisesti ennen alkoholi- ja huumeriippuvuutta. Pelkohäiriöt vaikuttivat päihderiippuvuuden kehittymiseen jo muutamien vuosien kuluessa.
Jäntti, T. 2011. Kaksoisdiagnoosiasiakkaan palvelutarpeen määrittäminen asiakasnäkökulmasta.	Tutkia vaasalaisen 2-diagnoosi nuorten palvelutarpeita sekä asiakaslähtöisyyden toteutumista palveluissa.	Laadullinen tutkimus, jossa teema-haastattelu -osuus. Kohderyhmänä oli työpajatoiminnassa mukana olevat nuoret.	Samanaikaisia päihde- ja mielenterveysongelmia tulisi lähestyä asiakkaan tarpeista käsin. Hoidon tulisi olla yksilöllistä ja molempia ongelmia tulisi hoitaa samanaikaisesti. Asiakkaalle on tärkeää tuntee tulevaisuutensa kuulluksi ja työntekijän tulisi suhtautua siihen vakavasti. Myös leimaavuuden vähentämisessä on tehtävää. Kolmas sektori voisi olla mallina julkiselle sektorille.
Kashdan, T. & Roberts, J. 2011. Ennustaako ahdistuneisuushäiriöidenhoito muutoksia masennusoireissa potilailla, joilla on ahdistuksen lisäksi masennus.	Vertailtiin kahta avohoidon potilasryhmää ja heidän reagointiaan kognitiiviseen ryhmäterapiaan. Kuinka ahdistuksen hoito vaikutti masennukseen ja mikä oli terapisuhteen merkitys?	Hoito koostui 10 istunnosta, ja 76 potilasta. Kahta eri ryhmää vertailtiin kyselylomakkein ja tutkittiin muuttujia. Mittaus toistettiin 2 viikkoa hoidon päättymisen jälkeen. Lopuksi ryhmiä vertailtiin.	Muutos oireiden suhteen oli nopeinta hoidon alussa. Ahdistuksen hoito ei merkittävästi vaikuttanut masennukseen. Hoitotulokseen vaikutti paitsi suhde terapeuttiin myös muihin ryhmän jäseniin. Diag. ahdistus ennusti parempaa tulosta. (jatkuu)

Tutkimuksen tekijä, julkaisuvuosi ja tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus / tavoite	Tutkimuksen metodologia ja kohderyhmä	Keskeiset tulokset
Nikkola, T. 2011. Oppimisen esteet ja mahdollisuudet ryhmässä. Syyllisyyden kehittyminen syntipukki – ilmiöksi opiskeluryhmässä ohjaajan tulkitsemana.	Tarkoituksena oli selvittää oppimisen mahdollisuuksia ja esteitä sekä lisätä ryhmäilmiöiden ymmärtämistä ja dynamiikkaa.	Kohderyhmänä oli yksi luokanopettajaksi opiskeleva ryhmä yhden lukuvuoden aikana.	Ryhmäilmiöt palautuivat jäsenten varhaisiin kokemuksiin ja niiden pohjalta opittuihin selviytymiskeinoihin. Keskeistä olisi saada ohjausta omien kokemusten ilmaisuun ja käsittelyyn. Oppimisen esteenä mm. ahdistus, jonka kohtaan välteltiin. Suojautuvat käyttäytymismallit estävät työnteon ja ryhmästä etsitään syntipukki.
Stenman, U. 2011. Kuljit kanssani syvimpiin vesiin. Tapaustutkimus depressioasiakkaan psykodynaamisen musiikkiterapiaprosessin merkittävimmistä hetkistä.	Tutkittiin pitkän psykodynaamisen terapiaprosessin vaiheita ja sen merkittävimpiä hetkiä. Mitkä tekijät edistivät tunteiden käsittelyä ja mikä merkitys niillä oli toipumisessa asiakkaan ja terapeutin näkökulmasta.	Kuusi dokumentoitua terapiaistuntoa, joista tehtiin laadullinen sisällönanalyysi. Asiakkaana 47 -vuotias mies, jolla depressio.	Musiikkiterapia sopii depressioasiakkaalle hyvin. Terapiaprosessin keskeisiä sisältöjä olivat tunteiden tunnistaminen, käsitteleminen sekä säätteleminen.
Kuusisto, K. 2010. Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen; tutkimus muutoksesta hoidon ja vertaistuen avulla sekä ilman professionaalista hoitoa.	Tarkoituksena oli selvittää eri reitien merkitystä alkoholismista toipumisessa, koska tapoja on lukuisia ja toipuminen nähdään prosessina.	Tutkimuksen 100 haastateltua hankittiin median välityksellä. Menetelmänä käytettiin kvantitatiivista analyysia yhdistettynä toipuneiden kokemusten laadulliseen tarkasteluun.	Toipumisreittiin vaikutti se, kuinka kyvytön ihminen oli hallitsemaan juomistaan. Vertaistuen avulla raitistuneelle vähittäinen muutos oli tyyppilisempää. Ammattiapua saanut lopetti yhtäkkiä. Spontaanisti toipuivat yksin. Yhteistä oli negatiivisten asioiden kertyminen. Addiktiosta irtautuminen onnistui, kun muut elämykset palauttivat päihteiden käyttöä enemmän.

Tutkimuksen tekijä, julkaisuvuosi ja tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus / tavoite	Tutkimuksen metodologia ja kohderyhmä	Keskeiset tulokset
Miettinen, T. 2008. Sosiaalisten tilanteiden pelon ryhmähoito. Ryhmäläisten ja vetäjien kokemuksia.	Tarkoituksena oli selvittää ryhmähoidon merkitystä sosiaalisen pelon hoidossa ryhmään osallistuneiden ja ryhmänohjaajien kokemana. Mikä hoidossa oli tärkeintä ja mikä merkitys vertaistuellalla oli?	Viittä kognitiiviseen ryhmäterapiaan osallistunutta haastateltiin ja oireita mitattiin (BDI + Ojasen elämänlaatumittari). Menetelmänä oli aineistolähtöinen sisällönanalyysi.	Kaikki ryhmäläiset arvioivat hyötynensä ryhmästä sekä pystyneensä muuttamaan elämänlaatuaan jollain tavalla. Vertaistuellalla oli suuri merkitys. Ahdistus väheni yhtä lukuun ottamatta sekä pelot ja välttämiskäyttäytyminen vähenivät kaikilla. Ryhmähoitoa pidettiin onnistuneena sekä jäsenten että ohjaajien kokemana.

Liite 2. Toimintatutkimuksen vaiheet

Ryhmähoidon vaikutus päihdeasiakkaan ahdistuksen kokemukseen

Tutkimuksen osuus

Toiminnan osuus



Liite 3. Asiakkaan arvio ahdistuksesta – lomake

Asiakkaan arvio ahdistuksesta

Nimi:

Päiväys:

Arvioi kokemustasi ahdistuksesta tällä hetkellä laittamalla viiva janalle siihen kohtaan, mikä mielestäsi parhaiten kuvaa kokemustasi.

Kokemus ahdistuksesta

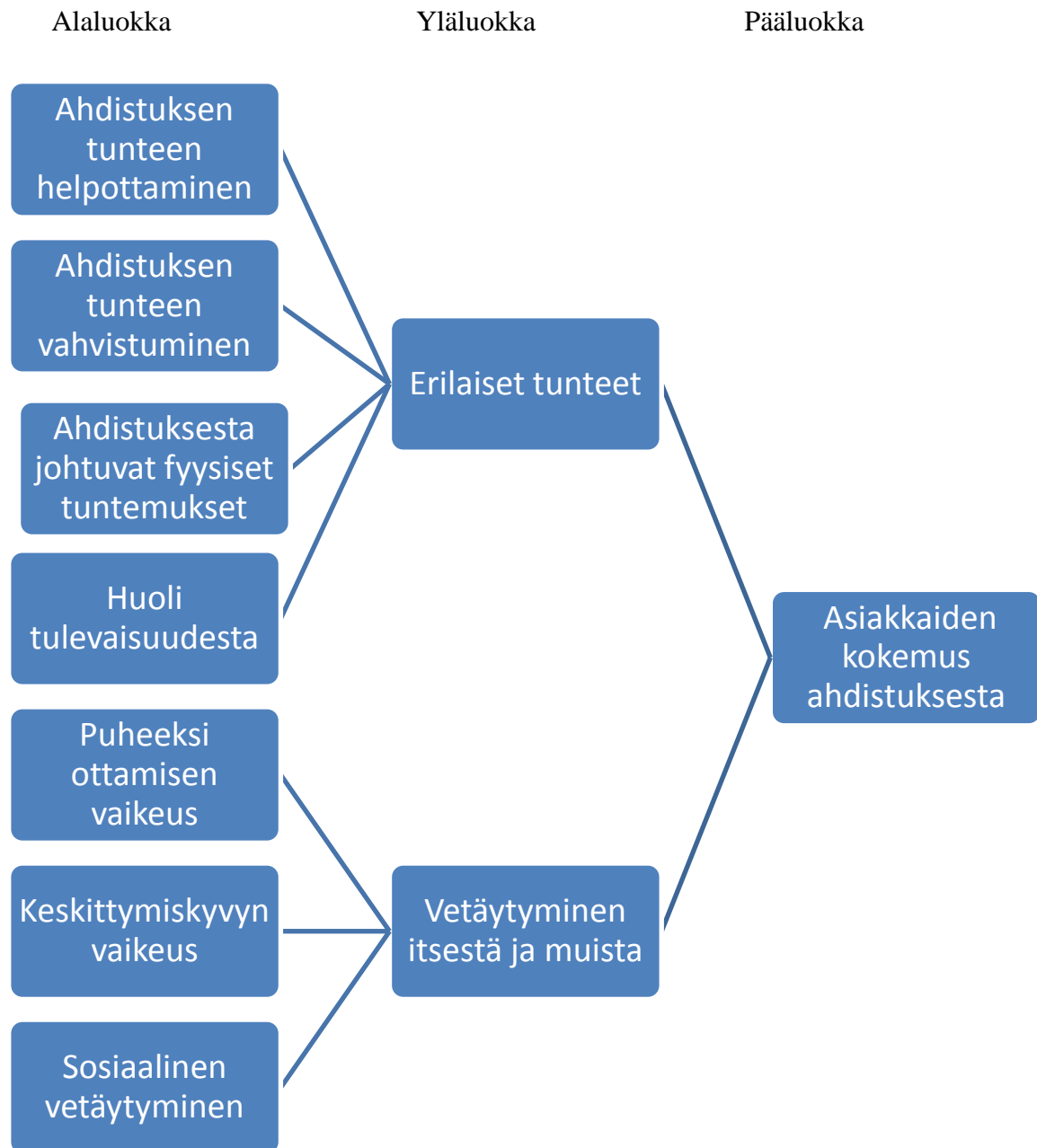
En ole

Olen äärimmäi-

ahdistunut |-----| sen ahdistunut

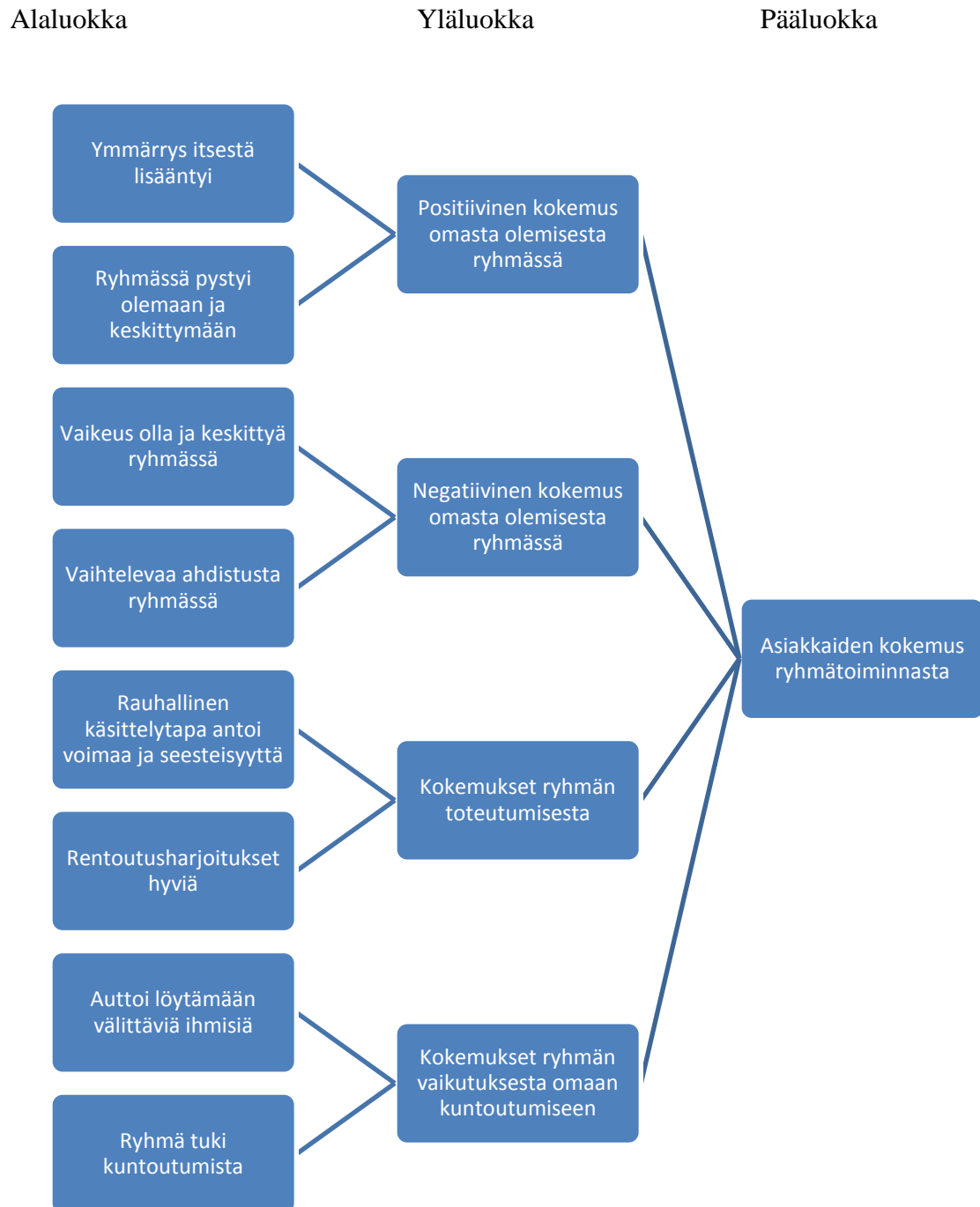
Kerro vielä vapaamuotoisesti ahdistuksen kokemuksestasi:

Liite 4. Asiakkaiden kokemukset ahdistuksesta



Kuvio1. Asiakkaiden kokemukset ahdistuksesta

Liite 5. Asiakkaiden kokemukset ryhmätoiminnasta



Kuvio 2. Asiakkaiden kokemukset ryhmätoiminnasta

**TIEDOTE****10.8.2012****Hyvä asiakas !**

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on käynnistää ryhmätoiminta ahdistuksesta kärsiville päihdekuntoutuksessa oleville asiakkaille ja tarkastella ryhmätoiminnan vaikutusta heidän ahdistuneisuuteensa.

Osallistumiseen tähän opinnäytetyöhön on vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumiseen syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Kankaanpään A-kodilta, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan keräämällä ryhmään osallistuvilta asiakkailta arvioita ahdistuksen kokemuksesta sekä käynnistyvän ryhmähoidon vaikutuksesta ahdistuksen kokemukseen. Ryhmä kokoontuu Kankaanpään A-kodilla kerran viikossa, yhteensä neljä kertaa. Osallistujat ryhmään valitaan asiakkaan ja työntekijän yhteisen keskustelun lopputuloksena. Ryhmä on tarkoitettu asiakkaille, jotka ovat kiinnostuneita saamaan työkaluja sekä selviytymiskeinoja ahdistuksenhallintaan vertaisryhmästä.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijän käytössä. Aineisto säilytetään lukitussa tilassa ja tiedostot on suojattu salasanalla.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportissa ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt on luettavissa elektronisessa Theseus – tietokannassa.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Heli Virtanen

Heli Virtanen

Sairaanhoitaja (AMK), ryhmäpsykoterapeutti (ET)

Klininen asiantuntija (YAMK) koulutusohjelmaopiskelija

Tampereen ammattikorkeakoulu

(jatkuu)

2(2)



SUOSTUMUS

Ryhmähoidon vaikutus päihdeasiakkaan ahdistuksen kokemukseen

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on käynnistää ryhmätoiminta ahdistuksesta kärsiville päihdekuntoutuksessa oleville asiakkaille ja tarkastella ryhmätoiminnan vaikutusta heidän ahdistuneisuuteensa sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen
vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys